様式第10号（第11条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

長 崎 県 知 事　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

**介護ＤＸ化推進補助金に係る補助事業遂行状況報告書**

　 　　年　　月　　日付け　　　　　第　　　 号をもって交付決定の通知があった上記の補助事業の遂行状況について、長崎県補助金等交付規則（昭和40年長崎県規則第16号）第11条第１項の規定により別紙のとおり報告します。

（別紙）

発行責任者及び担当者

発行責任者 〇〇 〇〇（連絡先〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇）

発行担当者 △△ △△（連絡先〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇）

**介護ＤＸ化推進補助金に係る補助事業遂行状況**

**Ⅰ 機器等　導入（実施）状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機器等の名称 | 台数（または一式） | 導入日（導入予定の場合は予定日） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ⅱ・業務改善支援　実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務改善支援の内容 | 実施日（実施予定の場合は予定日） | 講師 | 受講者数 |
|  |  |  | 名 |
|  |  |  | 名 |
|  |  |  | 名 |
|  |  |  | 名 |