

記入例

返却しませんので写しを送ってください。

【基礎研修】

【様式1】

2025 年度（前期） 福岡県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修

☒
☐

サービス管理責任者

児童発達支援管理責任者

法人推薦書

どちらか一方にチェックしてください

次の者をサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として障がい福祉サービス事業所等に從事させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

記入日 2025 年 3 月 1 日

ふりがな	ふくおか はなこ		
受講生 氏名	福岡 花子		
事業所名	放課後等デイサービス さくら		
事業所所在地	〒●●● - ●●●● 福岡県福岡市博多区●●		
法人名称	社会福祉法人●●		
代表者	役職	管理者	氏名 福岡 太郎
担当者	福岡 太郎		
電話番号	092-●●●-●●●●	FAX 番号	092-●●●-●●●●

病院、保育園などの福祉サービス事業以外は記載不要

事業所番号(○○○○○○○○)

公印は、忘れずに押印してください。

法人印

※法人推薦が得られない方は、太い黒線のみ記入してください

〈法人印を得られない理由〉（法

（例）離職中のため

法人印が得られない方は理由をご記載のうえ、

・受講生の署名・現住所のご記入

・捺印 をお願いいたします。

受講生 氏名 福岡 花子

受講生 住所 福岡県福岡市博多区○○○○