【様式３】

2022年度　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

**法人推薦**

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従事させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 |  | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒　　　- | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 法人名称 |  | | | | | | 法人印 |
| 代表者 | 役職 |  | 氏名 | |  | |
| 担当者 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  | |
| ※法人印が得られない方は理由をご記入ください。 | | | | | | | |
| <理由>  　署名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |

※署名は受講者の氏名を記載。