

【様式 1】

記入例：原本送付をお願いします

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【実践研修】〈カテゴリーC 更新切れ〉

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

サービス管理責任者

児童発達支援管理責任者

コースをご選択ください

## 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 2024 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 事業所番号(○○○○○○○○)			
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●●		法人印	
代表者	役職	管理者		氏名
担当者	福岡 太郎			
電話番号	092-●●●●-●●●●●	FAX 番号	092-●●●●-●●●●●	

公印は、忘れずに  
押印してください。

※法人推薦が得られない方は、太い黒枠のみ記入してください。

〈法人印を得られない理由〉（法人推薦を得られる方は記入不要）

（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○○○○



