2024年度（前期）**【実践研修】****〈カテゴリーA実務経験(OJT)2年〉※原本送付**【様式1】

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A実務経験(OJT)2年〉**

サービス管理責任者

　　児童発達支援管理責任者

基礎研修で修了した

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

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 受講生氏名 |  |
| 事業所名 | **事業所番号**( ) |
| 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）受講生 氏名　　　　　　　　　　　　印　　　受講生 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |