2024年度（前期）**【実践研修】****〈カテゴリーB実務経験(OJT)6月〉※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実践研修**〈カテゴリーB実務経験(OJT)6月〉**

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　西暦　　　　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/email | |  | |