

2024 年度（前期）【実践研修】〈カテゴリーA 実 記入例：原本送付をお願いします

【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(0JT)2年〉

|                                     |
|-------------------------------------|
| <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

法人推薦

基礎研修で修了した  
コースをご選択ください

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 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<br>事業所番号(○○○○○○○○) |          |               |
| 事業所所在地 | 〒●●●● - ●●●●<br>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 福岡 太郎 |               |
| 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○○○○



