

返却しませんので写しを送ってください。

【別紙 1】

2025 年度（前期）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（0JT6 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

法人推薦書

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 2025 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(123456789)				
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	福岡 太郎	
担当者	福岡 太郎				
電話番号	092-●●●●-●●●●●		FAX/email	092-●●●●-●●●●●	

公印は、忘れずに
押印してください。