【初任研】　　　　　　　　　　【様式1】

2025年度 福岡県相談支援従事者初任者研修 　　 全日程

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 演習のみ

**法人推薦書**

どちらか一方にチェックしてください

次の者を相談支援専門員として、相談支援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 | | | | | | | |