

返却しませんので写しを送ってください。

【初任研】

2025 年度 福岡県相談支援従事者初任者研修

【様式 1】

☒	全日程
☐	演習のみ

法人推薦書

希望するコースに
チェックを入れてください

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 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	〇〇相談支援事業所				
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 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。

〈法人印が得られない理由〉〈法人推薦を得られない理由〉

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〇〇〇〇