

※返却しませんので写しを送ってください。

【基礎研修】

【基-1】

2025 年度（後期） 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

<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

サービス管理責任者

児童発達支援管理責任者

法人推薦書

どちらか一方にチェックしてください

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就事させるため、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 7 月 1 日

ふりがな	ふくおか はなこ				
受講生 氏名	福岡 華子				
事業所名	放課後等デイサービス さくら				
	事業所番号(○○○○○○○○)				
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●●				
代表者	役職	管理者	氏名	福岡 太郎	法人印
担当者	福岡 次郎				
電話番号	092-●●●●-●●●●		FAX 番号	092-●●●●-●●●●	

病院、保育園などの福祉サービス事業以外は記載不要

法人印は、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> (法人推薦を得られない方は理由をご記載のうえ、

(例) 離職中のため

- ・ 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 華子



受講生 住所 福岡県福岡市博多区○○○○