

【実践研修】〈カテゴリーA 実務経験(0JT)2年〉※写しを送付

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



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

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 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(〇〇〇〇〇〇〇〇)				
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/email	092-●●●●-●●●●●	

※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〉

(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 華子

福岡印

受講生 住所 福岡県福岡市博多区〇〇〇〇