

## 【実践研修】〈カテゴリ-B 実務経験 (OJT) 6 月〉

2025 年度 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

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 ( 123456789 ) →障害福祉事業以外は記入不要 (学校・病院・保育園等)				
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〉 (法人推薦を得られる方は記入不要)

(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

福印

受講生 住所 福岡県福岡市博多区〇〇〇〇