

【実践研修】〈カテゴリーC 更新切れ〉

【実 C-1】

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

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●●				法人印
代表者	役職	管理者	氏名	福岡 太郎	
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				
受講生 住所	福岡県福岡市博多区〇〇〇〇				