**【実践研修】****〈カテゴリーA実務経験(OJT)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

基礎研修で修了した

コースをご選択ください

　　児童発達支援管理責任者

**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従事させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　西暦　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 受講生氏名 |  | | | | | | |
| 事業所名 | **事業所番号**( )　→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 | 〒　　　- | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 法人名称 |  | | | | | | 法人印 |
| 代表者 | 役職 |  | 氏名 | |  | |
| 担当者 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX/email | |  | |
| **※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）  受講生 氏名　　　　　　　　　　　　印  受講生 住所 | | | | | | | |