

2026 年度 福岡県 相談支援従事者初任者

受講申込書（推薦書）

1. 受講申込者情報

記入日	(西暦) 2026 年 3 月 14 日
氏名	(ふりがな) ふくおか はなこ
	福岡 華子
生年月日	(西暦) 1985 年 1 月 23 日
電話番号	090-XXXX-XXXX
住所	〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前〇〇-〇 501
受講希望研修 (いずれか1つに〇)	全日程 ・ 演習のみ ・ 講義のみ
受講希望職種 (どちらか1つに〇)	サービス管理責任者等 ・ 相談支援専門員

2. 推薦欄 ※法人・事業所等がご記入ください。(推薦がない場合は記入不要。斜線を引いてください。)

上記の者をサービス管理責任者等・相談支援専門員として障がい福祉サービス事業所等に就任させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

記入日	(西暦) 2026 年 3 月 18 日	
受講申込者が所属する事業所名称	放課後等デイサービス さくら	
事業所番号	●●●●●●	
事業所所在地	〒812-0011 福岡県福岡市博多区〇〇〇	
法人名称	公益社団法人 △△△	
代表者・役職者名 (公印)	福岡 太郎	公印
担当者	福祉 次郎	
電話番号	092-●●●●-●●●●	

※ 書類の右欄太枠内に空欄がある場合は、書類不備とみなします。

2026 年度 福岡県 相談支援従事者初任者

受講申込書（推薦書）

1. 受講申込者情報

記入日	(西暦) 2026 年 3 月 14 日
氏名	(ふりがな) ふくおか はなこ
	福岡 華子
生年月日	(西暦) 1985 年 1 月 23 日
電話番号	090-XXXX-XXXX
住所	〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前〇〇-〇 501
受講希望研修 (いずれか1つに〇)	全日程 ・ 演習のみ <input checked="" type="radio"/> 講義のみ
受講希望職種 (どちらか1つに〇)	サービス管理責任者等 <input checked="" type="radio"/> 相談支援専門員

2. 推薦欄 ※法人・事業所等がご記入ください。(推薦がない場合は記入不要。斜線を引いてください。)

上記の者をサービス管理責任者等・相談支援専門員として障がい福祉サービス事業所等に就労させるため、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
受講申込者が所属する事業所名称	
事業所番号	
事業所所在地	〒
法人名称	
代表者・役職者名 (公印)	公印
担当者	
電話番号	

※ 書類の右欄太枠内に空欄がある場合は、書類不備とみなします。

2026年度 福岡県 相談支援従事者初任者研修

受講申込書(推薦書)

1. 受講申込者情報

記入日	(西暦) 年 月 日
氏名	(ふりがな)
生年月日	(西暦) 年 月 日
電話番号	
住所	〒
受講希望研修 (いずれか1つに○)	全日程 ・ 演習のみ ・ 講義のみ
受講希望職種 (どちらか1つに○)	サービス管理責任者等 ・ 相談支援専門員

2. 推薦欄 ※法人・事業所等がご記入ください。(推薦がない場合は記入不要。斜線を引いてください。)

上記の者をサービス管理責任者等・相談支援専門員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
受講申込者が所属する事業所名称	
事業所番号	
事業所所在地	〒
法人名称	
代表者・役職者名 (公印)	公印
担当者	
電話番号	

※ 書類の右欄太枠内に空欄がある場合は、書類不備とみなします。