

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) 2026 年 7 月 10 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 |
| 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) 2026 年 7 月 11 日 |
| 受講申込者が所属する事業所名称 | 相談支援事業所 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 | 社会福祉法人 △△△ |
| 代表者・役職者名 (公印) | 福岡 太郎 |
| 担当者 | 福祉 太郎 |
| 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研修

受講申込書(推薦書)

1. 受講申込者情報

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| 記入日 | (西暦) 2026 年 7 月 10 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 |
| 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) 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。