


<別紙1>

受付NO

令和6年度大阪府相談支援従事者初任者研修（2日課程） 推薦書

- ※必ず**本人が記入**のうえ、**配置予定の法人・事業所等代表者から**推薦を受けてください
- ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。**記入漏れや不備**があった場合は申込み受付をいたしません
- ※**虚偽**の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります
- ※修了証書に記載いたしますので、**氏名や生年月日は楷書で正確（住民票に記載の通り）**にご記入ください。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日
申込者氏名 ※正確に記入してください						
▼【推薦欄】は法人または事業所等代表者（推薦者）が記入して下さい。 <small>※申請状況を確認することがありますので、必ず記載ください。</small>						
【推薦欄】 受講申込者について、指定障がい福祉サービスのサービス管理責任者もしくは指定障がい児支援の児童発達支援管理責任者として、本申込フォームに入力した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦いたします。また、受講申込者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します。						
令和 6 年 月 日						
法人・企業等名						
事業所等名						
法人・事業所等代表者名						
						
<small>※個人印や電子印は不可、コピー不可</small>						
受講申込者 署名欄	本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。 また、推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。 当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。					
	令和 6 年 月 日					
	受講申込者署名（自筆）					

- ※受講推薦が得られない場合は、「申込者氏名」「生年月日」「受講申込者署名欄」のみ記載してください。
- ※この推薦書はデータ化（PDFやJPEG等）し、ファイル名を『申込者氏名_推薦書』に変更してください。