

受付NO	
------	--

社会福祉法人 四天王寺福祉事業団

令和8年度 大阪府相談支援従事者初任者研修【2日課程】 推薦書

※必ず申込者本人が記入のうえ、**配置予定の法人・事業所代表者から**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の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。
 ※修了証書に記載しますので、氏名や生年月日は**住民票に記載の通り、楷書で正確**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代表者（推薦者）が記入して下さい。									
<p>【推薦欄】受講申込者については、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者として配置予定であるため、受講者として推薦いたします。なお、申込みフォームへの入力内容及び本受講推薦書の内容について相違ないことを確認しました。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について受講可否その他必要な措置を行うことについて了承します。</p>									
法人名				令和	8年	月			
事業所名						日			
代表者役職・代表者氏名									
						公印			
						※個人印は不可			
受講申込者 署名欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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、申込みフォームに虚偽なく入力いたしました。 ・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	8年	月	日
	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」「申込者署名」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。