

令和8年度 福岡県サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者 更新研修【一次募集】

法人推薦書

記入日 令和 8年 ○月 ○日

福岡県サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者更新研修の受講者として次の者を推薦いたします。
なお、申込内容について相違のないことを証明します。

ふりがな	ふくおか たろう			
受講予定者氏名	福岡 太郎			
法人名称	社会福祉法人 ○○会			
代表者役職名	理事長	代表者氏名	法人 一二三	
サービス管理責任者等として従事する予定の勤務先等の状況	勤務先名称	○○園		
	勤務先所在地	〒 ○○○-○○○ 福岡県福岡市○○○○		
	電話番号 (日中連絡がとれるところ)	092-○○○-○○○○	研修担当者名	田中 花子
	勤務先 FAX番号	092-○○○-○○○○		