

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				
受講予定者 氏名				
法人名称				法人印
代表者 役職名		代表者 氏名		
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			
	勤務先所在地	〒		
	電話番号 (日中連絡がとれるところ)		研修担当者名	
	勤務先 FAX番号			