

法人推薦書

記入日 2025年 〇月 〇日

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 〇〇会			法人印		
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	〇〇園				
	勤務先所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県福岡市〇〇〇〇				
	電話番号 (日中連絡がとれるところ)	092-〇〇〇-〇〇〇〇	研修担当者名	田中 花子		
	勤務先 FAX番号	092-〇〇〇-〇〇〇〇				