法人推薦書

令和　　年　　月　　日

法人又は事業所所在地　〒

法人又は事業所名称
代　表　者　氏　名　　印

以下の者を、熊本県相談支援従事者初任者研修を受講するにあたり推薦します。

氏名		生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日
施設又は 事業所名称		
施設又は 事業所所在地	〒	
施設又は 事業所種別	□基幹相談支援センター　□指定一般相談支援事業所　□指定特定相談支援事業所 □指定障害児相談支援事業所　□居宅介護　□療養介護 □生活介護　□短期入所　□施設入所支援 □自立訓練　□グループホーム　□就労移行支援 □就労継続支援Ａ型　□就労継続支援Ｂ型　□就労定着支援 □放課後等デイサービス　□障害児入所支援　□高齢系サービス □その他（　　）	