

東京都子育て支援員研修「利用者支援事業（基本型）」

受講者推薦書

東京都知事 殿

所在地

事業所名

代表者職・氏名

印

担当者氏名

連絡先

標記研修の受講者として、下記の者を受講させたいので推薦いたします。

フリガナ

1 受講希望者氏名

2 事業所名

〒 -

3 事業所所在地

東京都

4 推薦理由 当事業所が事業を実施するにあたり、上記職員が本研修を受講することが職員配置要件上、必要不可欠であるため。

【区市町村確認欄】

※必ず区市町村の印鑑（個人印は不可）をもらってから提出してください。（印鑑が無い場合は無効となります。）

上記内容について、適当であると認めます。

令和 年 月 日

区・市・町・村

(区市町村長又は主管課長等)

印

(所管部署)

部

課

担当者氏名

連絡先