

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】

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 _____