

# 福岡県相談支援従事者現任研修 法人推薦書

記入日：2025年 月 日

## 施設情報

施設・事業所名		<p style="text-align: center;">印</p> <p>法人印または事業所印 を押印してください</p>
施設・事業所所在地	〒	
記入者氏名		
電話番号		
施設・事業所の種別	<input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業所	

下記の者を、相談支援従事者現任研修を受講するにあたり推薦します。

## 申込者情報

フリガナ		生年月日
氏名		西暦 年 月 日