

福岡県相談支援従事者現任研修
法人推薦書

記入日：2026 年 月 日

施設情報

施設・事業所名		印 法人印または事業所印 を押印してください
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	☐ i 基幹相談支援センター ☐ ii 指定一般相談支援事業所 ☐ iii 指定特定相談支援事業所 ☐ iv 指定障害児相談支援事業所 ☐ v 地域生活支援事業実施要綱に規定する障害者相談支援事業	

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