

<別紙①>

受付NO	
------	--

令和6年度大阪府相談支援従事者 現任研修 推薦書

※必ず**本人が記入**のうえ、**配置予定の法人・事業所等代表者**から推薦を受けてください  
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。**記入漏れや不備**があった場合は申込み受付をしません  
 ※**虚偽**の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります

ふりがな			生年月日	昭和 平成	年	月	日
申込者氏名 <small>※正確に記入してください</small>							

▼【推薦欄】は法人/事業所等代表者（推薦者）が記入して下さい。 ※申請状況を確認することがありますので、必ず記載してください。

【推薦欄】 受講申込者は、障がい者相談支援専門員として、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、申込者を受講者として推薦いたします。また、受講申込者について受講に関する不正があった場合は、当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します。

令和 年 月 日

法人名： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_

代表者役職： \_\_\_\_\_ 代表者氏名： \_\_\_\_\_

法人・事業所  
  
印

※個人印・コピーは不可

<b>受講申込者 署名欄</b>	本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。 また、推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。 当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者およびインターバル実習先へ照会することについて了承します。
	令和 年 月 日 申込者署名（自書） _____

※受講推薦の得られない方は、氏名・生年月日を記入のうえ、署名欄に記名をしてください。  
 ※データ化(撮影やPDF化)したファイル名は『ご氏名 推薦書』に変更してください。(例) 研修 三郎 推薦書.jpeg