

<別紙1>

社会福祉法人 大阪市障害者福祉・スポーツ協会

令和7年度 大阪府相談支援従事者 初任者研修7日課程 推薦書

※必ず申込者本人が記入のうえ、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受付をしません

※虚偽の内容により申込をされた場合は、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 ※正確に記入してください				
▼【推薦欄】は法人/事業所等代表者(推薦者)が記入してください				
【推薦欄】受講申込者については、指定相談支援事業所の相談支援専門員、または重度障がい者等包括支援事業のサービス提供責任者として、申込フォームに入力及び本受講推薦書に記入した内容について相違ないことを確認し、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: _____ 事業所所在都道府県: _____ 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				
受講申込者 署名欄	* 本研修の受講申込にあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、申込フォームに虚偽なく記入いたしました。 * 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(自筆) _____			

※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『申込者氏名 推薦書』に変更してください。(例) 研修 三郎 推薦書.jpeg