

研 修 等 受 講 理 由 書

主たる事務所
の所在地：
名 称：
代表者の
職 氏 名：



平成 年 月 日よりサービス管理責任者もしくは児童発達支援管理責任者
として従事していますが、相談支援従事者研修2日課程について未受講のため、当該研
修の受講にご配慮いただきますよう、よろしく申し上げます。

受講者名 _____

※ 指定申請書もしくは変更申請書の写し（受講者氏名がわかるもの）も添付してくだ
さい。