

平成 28 年度京都府サービス管理責任者等研修受講者推薦書

京都府知事 山田 啓二 様

事業所名称 (※注 1)	(法 人 名)
	(事業所名)
事業所所在地 ・連絡先	〒 —
	電話番号 — —
推薦者職氏名 (※注 2)	㊟

以下の者に上記研修を別添受講申込書のとおり受講させたいので、優先順位を付けて推薦します。

優先順位 (※注 3)	氏 名
1	
2	

(注 1) 複数の事業所を運営する法人の場合は、事業所毎に本紙を作成すること。

(注 2) 「推薦者職氏名」欄は、以下により記入すること。

① 京都府内の障害福祉サービス事業所の場合は、法人代表者名または事業所管理者名で作成すること。(推薦者の職名を明記すること)

② 受講申込時点では障害福祉サービス事業所に勤務していないが、今後(おおよそ 1 年以内に)京都府内でサービス管理責任者等として勤務する具体的な予定がある場合は、勤務予定事業所を所管する府保健所福祉室(京都市内事業所は、京都市保健福祉局障害保健福祉推進室)に記載を依頼すること。

③ 京都府外の障害福祉サービス事業所に所属する者(予定を含む)が、本研修の受講を希望する場合は、法人代表者の記名押印に加え、勤務地の県(府)庁の障害福祉担当課(研修実施担当部署)に、所属長名での記載を依頼すること。(連名で推薦すること)

(注 3) 同一事業所から 3 名以上推薦しようとする場合は、各人について今回受講が必要である理由を明らかにした説明文書(任意様式、A4 版 1 枚で作成すること)を添付すること。

(様式 2 とともに、京都市内事業所は実施機関(京都府社会福祉協議会京都府福祉人材・研修センター)あて、京都市外事業所は所管の府保健所福祉室あて提出してください。)