**平成2９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２①**） |  |
| 推薦者職氏名  （※**注２②及び③**） | ※受講申込時点で障害福祉サービス事業所に勤務していない場合、　　または、他府県事業所の場合、必須です。 |

　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、勤務地の都道府県庁の障害福祉担当課において担当課（部）長名での記載を依頼すること。

（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。**