

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)	印
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。 印

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、A 4 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。)