

京都府知事 西脇 隆俊 様

(推薦者) 法人名・事業所名

代表者 職・氏名



受講者推薦書

別添受講申込書記載の者について、令和元年度京都府サービス管理責任者等基礎研修を下記の理由により受講させたいので、推薦します。

記

事業所名称	(法人名)
	(事業所名)
	(サービス種別) 例：生活介護・就労継続支援B型等
事業所所在地・連絡先 (※受講可否通知送付先)	〒 —
	電話番号 — —
連絡担当者名	
推薦理由 (当てはまるものに○をつけ、 必要事項を記入してください)	1. 現在配置しているサービス管理責任者等の退職・人事異動等により、新たにサービス管理責任者として配置予定のため。 〔予定時期：令和 年 月〕
	2. サービス管理責任者は配置しているが、今後に備えて学習させたい。
	3. その他 〔理由〕

※受講申込者 1 名につき本紙 1 枚を作成してください。

※同一事業所で 2 名以上推薦する場合は、今回受講が必要である理由及びそれぞれの申込者の優先順位を記した説明文書（任意様式、1 名につき A4 版 1 枚ずつ作成）を添付してください。

(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。)