様式１－２

年　　月　　日

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 （未定の場合は予定で可）	（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	今後開始を予定の事業所に、サービス管理責任者等として配置予定のため。 〔サービス種別：　　〕 〔開始予定時期：　　年　　月〕
指定機関との相談状況	指定についての相談　無　・　有（　年　月頃） 相談担当者確認　所　属 職・氏名　　印 サービス管理責任者等として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）に記載を依頼してください。

※受講者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。）