

(別紙2)

事業所枠

令和元年度京都府同行援護従業者養成研修受講推薦書

受講会場 <北 部・南 部・中 部>
(いずれかに○印)

設置者(法人)名		
事業所名		
事業所種別 <small>※該当するものに○をつける</small>	・同行援護指定済 申込時点での同行援護利用者 ()人 ・同行援護指定予定 ・その他()	
事業所所在地	〒	
電話・FAX	TEL:	FAX:
管理者氏名	(印)	

上記研修を以下の者に受講させたいので、優先順位を付けて申し込みます。

優先順位	氏名	備考※2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※1 事業所種別欄には、申込時点における事業所種別を○で囲うこと。
同行援護事業所においては、申込時点の同行援護利用者の人数を記入すること。

※2 備考欄には、推薦する受講課程(一般、応用)を記載すること。また、応用課程のみの申請者については、受講要件を満たす資格の名称を記載すること。

※3 事業所毎に受講申込書(別紙1)及び修了証書の写しを取りまとめ、事業所が所在する市町村障害福祉担当課あて提出すること。