

平成30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 西脇 隆俊 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 (※法人代表者名または、 事業所管理者 注2①)	障害福祉サービス事業所の場合 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	氏 名
1	
2	

* 2名以上推薦する場合は、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、1名につきA4版1枚ずつ作成)を添付すること。

(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してください。

(注2) 「推薦者職氏名」欄は、以下により記入ください。

- ① 障害福祉サービス事業所の場合、法人代表者名または事業所管理者名で作成し、推薦者の職名を明記してください。
- 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勤務する者(予定を含む)が、本研修の受講を希望する場合は、①に加え、勤務地の都道府県において当該研修を受講できない理由を記した書類(様式任意、法人等代表者の記名押印し、A4版1枚で作成)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。)