様式３

推 薦 状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 広島県知事　様 |  |  |
| （推薦法人） | 推薦年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 法人所在地 | 〒 |
| 法人名称 |  |
| 代表者名 | 印 |

サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修の受講に当たり、下記の者を推薦いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | フリガナ |  |
|  | |
| 所属事業所名 |  | |
| 備考欄  （特記事項があれば記載） |  | |

注意事項

1. 推薦法人は、受講者の適正な研修受講に係る責任を負います。
2. 推薦は、広島県内に本部若しくは支所・事業所をもつ法人であること
3. 退職等により、法人からの推薦が得られなくなった場合、研修の受講及び修了は認めません。

※　法人印または代表者印が無いものについては無効となります。

原則１名ごとに提出。複数申込の場合は、同等の内容であれば任意の書式でも構いません。