様式２

推 薦 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

**主任相談支援専門員養成研修** 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。

市町推薦の場合は、[(〇〇市町)の推薦である]旨を備考欄に記載してください。

1. 推薦法人は、広島県内に本部若しくは支所・事業所をもつ法人に限ります。
2. 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。

4. 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。