様式１

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 |  | |
| 受講要件  当てはまる□に  ☑を入れてください | **要件①**　現に対象業務に**従事している者**（必ず職名を選択してください。）  対象業務：　□サビ管　□児発管　□管理者　□相談支援専門員 | |
| **要件②**　※実務経験証明書の提出が無い場合は受付できません。  □令和2年度以降の更新研修修了日翌日から2年以上対象業務に**従事していた者**  □令和3年度以降の実践研修修了日翌日から2年以上対象業務に**従事していた者** | |
| 備考欄  （申出等あれば記載） |  | |

　　　　　　　※**太線内**は記入漏れのないこと。要件については応募要領をご確認ください。

**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。

■申込内容について… 応募要領を熟読し、不備や虚偽の申請等が無いようにしてください。

■課題について… 課題チェック 及び 責任者による押印のお願い。

■その他… 提出物等提出期限の厳守、研修態度等

1. 推薦は、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。

　推薦状は印刷（出力）して、押印を確認後**PDF形式**にて提出（Word不可）