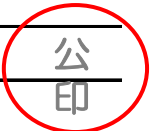


受付NO	
------	--

令和6年度大阪府サービス管理責任者等基礎研修 推薦書

※必ず**本人が記入**のうえ、**配置予定の法人・事業所等代表者から推薦**を受けてください
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。**記入漏れや不備**があった場合は申込み受付をいたしません
 ※**虚偽**の内容により申込みをされた場合は、遡って取り消す場合があります

ふりがな		生年月日	昭和 平成						
申込者氏名 <small>※正確に記入してください</small>			年	月	日				
自宅住所 <small>※正確に記入してください</small>									
▼【推薦欄】は法人/事業所等代表者（推薦者）が記入して下さい。 <small>※申請状況を確認することがありますので、必ず記載ください。</small>									
【推薦欄】	受講申込者については、指定障がい福祉サービスのサービス管理責任者もしくは指定障がい児支援の 児童発達支援管理責任者として、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、 受講者として推薦いたします。また、上記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者 の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</div>								
	法人・企業等名 <hr/> 事業所等名 <hr/> 法人・事業所等代表者名 <hr/> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>								
	<small>※個人印は不可、コピー不可</small>								
受講申込者 署名欄	本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。 また、推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。 当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</div>								
	受講申込者署名（自筆）								

※受講推薦の得られない方は、氏名・生年月日・自宅住所を記入のうえ、署名欄に日付・署名をしてください。
 ※作成した推薦書を、スキャナーやスマートフォンカメラ等でデータ化してください。
※演習初日の朝の受付時に推薦書を提出していただきます。必ず原本を保管し当日持参ください。