

受講推薦書

令和5年度埼玉県主任相談支援専門員研修

令和 年 月 日

法人名：

事業所名：

代表者名： 印

令和5年度埼玉県主任相談支援専門員研修の受講者として、次の者を推薦します。

■推薦者氏名

■推薦理由《施設（事業所）としての必要性・緊急性等について記載》

<確認事項>

- 受講者は全研修日程への参加が可能・・・・・・・・・・・・・・□
- 受講者は事業者勤務する相談支援専門員である・・・・・・・・・・・・・・□
- 受講決定等の確認ため市町村への連絡を承認する・・・・・・・・・・・・・・□
- 受講者について、研修終了後に埼玉県の相談支援従事者研修の企画立案及び講師として活動することを承認する・・・・・・・・・・・・・・□

※確認した際は、□内にレ点を記入してください。