

受講推薦書

令和8年度埼玉県相談支援従事者現任研修

令和 年 月 日

法人名：

事業所名：

代表者名： 印

令和8年度埼玉県相談支援従事者現任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である・・・・・・・・・・□

●受講者は事業者勤務する相談支援専門員である・・・・・・・・・・□

●受講決定等確認ため市町村への連絡を承認する・・・・・・・・・・□

※確認した際は、□内にレ点を記入してください。