（様式１）

サービス管理責任者基礎研修及び児童発達支援管理責任者

基礎研修 受講申込書（推 薦 書）

提出日　　　　年　　月　　日

**【1.受講申込者署名欄】 ※ご自身でご記入ください**

受講申込者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

受講希望者連絡先：

受講希望者生年月日：

**【2.推薦書欄】※推薦書欄は受講希望者が所属する法人・事業所がご記入ください。**

表記研修の受講者として、上記の者を推薦します。

法人等の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

事業所等の名称：

　　　　　　　(〒　　　- )

事業所所在地：

法人又は

事業者の代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所連絡先

問い合わせ担当者

担当者連絡先