

社会福祉法人 大阪府障害者福祉事業団

別紙1「推薦書（7日課程）」

事務局使用欄→

受付NO	

令和8年度 大阪府相談支援従事者初任者研修（7日課程） 推薦書

- ※一番下の署名欄は必ず本人が署名のうえ、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。
- ※各項目太枠内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、修了証書交付後であっても取り消し等の措置を講ずることがあります。

ふりがな			生年 月日	昭和 年 月 日生 平成	自宅 住所	〒
申込者氏名 ※正確に記入してく ださい						
推薦欄 法人または事業 所等代表者（推 薦者）が記入し てください	受講申込者について、指定相談支援事業所の相談支援専門員または重度障がい者包括支援事業のサービス提供責任者として、オンライン申込に 入力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、受講申込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。					令和 年 月 日
	法人・企業等名 _____ 事業所等名 _____ 事業所等住所 _____ 法人の電話番号 _____ 法人・事業所等代表者名 _____					公印 ※個人印不可、コピー不可
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、オンライン申込に虚偽なく入力いたしました。 * 推薦者からの推薦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。 * 市町村における相談支援の体制整備の推進及びインターバル受入のため、オンライン申込の入力内容と受講後の修了状況について、市町村及びイン ターバル受入先に対し情報を提供すること、また市町村からインターバル受入及び相談支援専門員としての配置状況の確認を受けることを了承します。 * 入力した情報について、本研修を所管する大阪府担当課を通じて、事業所の指定及び指導を行う大阪府内の行政庁に対し、必要に応じて提供 することを了承します。 * インターバル課題実習を行うための実事例が提出できること、かつインターバル課題実習の資料を提出できることを確認しました。					令和 年 月 日
	受講申込者署名					（自筆）
	注）署名は運転免許証等の身分証明証に表記の文字を正確に記入してください					