

大阪府障害者福祉事業団

別紙1「推薦書（7日課程）」

受付NO	

令和6年度 大阪府相談支援従事者初任者研修(7日課程) 推薦書

- ※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 平成	年 月 日生	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	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <hr/> 法人・企業等名 <hr/> 事業所等名 <hr/> 事業所等所在地 〒 - <hr/> 法人の電話番号 <hr/> 法人・事業所等代表者名 <hr/> <p style="text-align: right;">※個人印は不可、コピー不可</p>					
受講申込者署名欄	<p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 本研修の申込にあたり、「研修事業者が得た個人情報公的機関へ提出する場合を除き本研修以外では使用しないこと」について了承します。またオンライン申込にて入力頂いた個人情報については返却されないことを了承します。</p> <p>* 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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(白筆)</p> <p style="text-align: right;">_____ 受講申込者署名</p>					

※申込者が(身体障害等)配慮が必要なため白筆できないので、代理人が署名し、本人が確認をしました。

署名代理人