

令和5年度相談支援従事者初任者研修受講者推薦書

優先順位	法人名	事業所名	氏 名	ふりがな	性別	生年月日	相談支援の業務に従事する時期			備考
							1	2	3 従事時期	
1									令和 年 月～	
2									令和 年 月～	
3									令和 年 月～	
4									令和 年 月～	
5									令和 年 月～	
6									令和 年 月～	

上記の者を令和5年度栃木県相談支援従事者初任者研修の受講者として推薦します。

栃木県障害施設・事業協会 会長 様

令和 年 月 日

市町長名

印

令和5年度相談支援従事者初任者研修受講者推薦書

優先順位	法人名	事業所名	氏名	ふりがな	性別	生年月日	相談支援の業務に従事する時期			備考
							1	2	3 令和 年 月～	
1			例：平成2年5月5日、昭和50年12月14日・・・と入力してください。セルの書式設定（文字列）は変更しないでください。						○ 令和5年10月～	
2									令和 年 月～	
3									令和 年 月～	
4									令和 年 月～	
5									令和 年 月～	
6									令和 年 月～	

こちらに入力いただいた内容で修了証書を作成しますので、特に、
氏名、生年月日は間違いのないようにチェックをお願いします。

上記の者を令和5年度栃木県相談支援従事者初任者研修の受講者として推薦します。

栃木県障害施設・事業協会 会長 様

令和 年 月 日

市町長名

印