

令和8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	フリガナ	性別	生年月日	相談支援事業所にて 業務に従事する時期				備考
							1	2	3	4 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8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

記入上の留意点

様式 3

令和8年度相談支援従事者初任者研修受講者

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。

略語は使用せず、正式な名称で記入してください

優先順位	法人名	事業所名	氏名	フリガナ	性別	生年月日	相談支援事業所にて業務に従事する時期				備考
							1	2	3	4	
1										令和 年 月～	
2										令和 年 月～	
3										令和 年 月～	
										令和 年 月～	
										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。

様式3「受講者推薦書」を作成し、**6月22日(月)までに** Excelファイルのまま電子メールでお送りください。ファイル名及びメールの件名に「相談初任研申込〇〇市(町)」と入れてください。仮受付とさせていただきます。その際、市町長印は不要です。個人情報が含まれるファイルです。パスワード設定等によりセキュリティには万全を期して送ってください。送付先:kensyu@tochigi-chiteki.org

本提出として、上記「**様式3 推薦書**」を**プリントアウト後市町長印**の上、申込者からの「様式1 申込書」「様式2 実務経験証明書」原本、「実務経験に係る資格の写し」を添付して**6月25日(木)までに**栃木県障害施設・事業協会へ**郵送必着**で、提出してください。

様式1の内容に合わせて、該当する数字のところに○、1、3または4の場合は、右欄の年月まで記入してください

年 月 日

市町長名

印