別紙４

受講推薦書

**令和７年度福井県相談支援従事者主任研修**

令和　年　　月　　日

法人名：

事業所名：

代表者名：

＊代表者名は自署もしくは押印をお願いします。

令和７年度福井県相談支援従事者主任研修の受講者として、次の者を推薦します。

■受講者氏名

■推薦理由《施設（事業所）としての必要性・緊急性等について記載》

＜確認事項＞

●受講者は全研修日程への参加が可能・・・・・・・・・・・・・・・・□

●受講者は事業所に勤務する相談支援専門員である・・・・・・・・・・□

●受講決定等の確認ため市町への連絡を承認する・・・・・・・・・・・□

●受講者について、研修終了後に福井県の相談支援従事者研修の企画立案

や講師として活動することを承認する・・・・・・・・・・・・・・・□

※確認した際は、□内に✓点を記入してください。