

平成30年度 サービス管理責任者及び児童発達管理責任者研修
受講理由書
(現に事業所に所属していない方)

受講者氏名 _____ ㊞

【記入上の注意】

- 1 記入がない場合は、全日程での参加を認めません。
- 2 理由書は、選考の参考資料にします。

1. 受講の目的 ※受講の目的について1～2のあてはまるものに○をつけ、設問にお答えください。

1. 今後、新たに指定障害福祉サービス事業所等を立ち上げる予定があるため

法人名 : _____
代表者名 : _____
事業所名 : _____
事業所所在地 : _____
提供するサービス種類 : _____
立ち上げ予定日 : 平成 年 月 日
指定権者 (県または松江市) への相談・報告 済 ・ 未

2. 今後、障害福祉サービス事業所等に雇用予定があるため

(点線囲部分について、雇用予定先事業所より証明をいただいでください。)

事業所名 : _____
事業所所在地 : _____
提供するサービス種類 : _____

上記の者を平成 年 月 日頃より、雇用予定であることを証明する。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者職氏名

公印

3. その他 (理由を記載してください)

(_____)

**受講者の
現在の職務内容**
(簡潔に記載)