

令和3年度 サービス管理責任者基礎研修・児童発達支援管理責任者基礎研修

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 ご記入いただいた内容は、選考の参考資料にします。

1. 受講の目的 ※1~3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 : _____年 _____月 _____日 _____未
指定権者(県または松江市)への相談・報告 _____済 _____・ _____未

2. 今後、指定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 _____年 _____月 _____日頃より、雇用予定であることを証明する。

_____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)

(_____)