

令和6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 _____

受講者住所 _____

【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

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

3. その他 (理由を記載してください)

(_____)