

## 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)

( )