令和７年　月　日

（各市町村障がい福祉担当課名）長　様

（法人・事業所名）

（職氏名）

令和７年度主任相談支援専門員養成研修　受講者推薦依頼書

　下記の受講希望者は、障がい者等への相談支援業務に関し十分な知識と経験を有する相談支援専門員であり、研修受講後、地域の中核人材として地域の相談支援体制に寄与する者としてふさわしいため、標記研修の受講者として申込みます。

　つきましては、島根県健康福祉部障がい福祉課へ受講者推薦をお願いいたします。

なお、添付の受講申込書（写し）の内容について相違のないことを証明します。

記

１．推薦者

|  |  |
| --- | --- |
| 法人・事業所名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

２．受講希望者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所内優先順位 | 受講希望者の氏名 |
| 第１位 |  |
| 第２位 |  |

　　※欄が足りない場合は適宜足すこと。

※島根県健康福祉部障がい福祉課に提出した受講申込書の写しを添付すること。