

令和5年度 川崎市障害児・者行動援護従業者養成研修

受講推薦書

法人名：	
事業所の名称：	
代表者氏名：	印
事業所の主な事業	
事業所住所：〒	

令和5年度川崎市行動援護従業者養成研修の受講者として、次のものを推薦します。

【受講申込者一覧】

優先順位	受講者名
1	
2	
3	
4	

※事業所事務担当者：	電話：
決定通知等送付先：〒	

【送付先】住所：〒210-0024 川崎市川崎区日進町 5-1 川崎市複合福祉センターふくふく 2 階  
総合研修センター 「行動援護研修担当」

- ☐ 1. 受講希望者全員のデータ入力（1名1送信）

**申込フォーム：https://forms.gle/uuHNcqdikTAdAuKn6**

- ☐ 2. 受講推薦書に押印の上、郵送 締切日消印有効

※2点すべて整えて申込完了です。 申込〆切後2週間を目安に当落通知を郵送します