

(別紙 2)

令和 6 年度 社会福祉法人清和会 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）  
受講推薦書

次の者を受講者として推薦します。

令和 6 年        月        日

社会福祉法人 清和会  
理事長 浅井 一志 殿

法人等の名称

代表者職・氏名



法人名	
法人住所	〒        —
および 連絡先	TEL :        (        )
取りまとめ 担当者名	
担当者 メールアドレス	_____ @ _____

【受講申し込み者一覧】 全受講申し込み者を下欄に記載してください（1 法人 3 名まで）

優先 順位	受講者名	事業所名	サービス種別
1			
2			
3			

※ 受講決定後の受講者の変更は行っていません。研修当日に必ず参加できる方をご推薦下さい。

※ 受講申し込み者全員のデータは、受講申し込みフォーム（下記 URL）  
(<https://forms.gle/eArpa2BuNc1DwbEH6>) でお申し込みください。