

(別紙2)

2025 年度 社会福祉法人光友会
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。

2025 年 月 日

社会福祉法人 光友会
理事長 五十嵐 紀子 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 職種・氏名	
担当者 住所および連絡先	(〒 -) TEL :
担当者 メールアドレス	@

【受講申込み者一覧】 全受講申込み者を下欄にご記入してください。(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			

※全日程、必ず参加できる方をご推薦ください。

※受講推薦書は参加希望の全ての事業所にご提出いただきます。

※受講日については事業所で決定いたします。