

提出日 令和 年 月 日

推薦書欄

標記研修の受講者として下記の者を受講させたいので推薦します。

法人等の名称	法人又は 事業所の 代表者	職 氏名	印
事業所等の名称	事業所等連絡先		
〒	問合せ担当者名		
事業所等 所在地 住所	担当者連絡先		

※申込時点で、受講希望者がいずれの事業所等にも所属していない場合には、推薦書欄は未記入にしてください。

※記載例を参考の上、ご記入ください

ふりがな		申込時点での 従事状況	現在、サービス管理責任者として従事している。
受講希望者氏名 ※自筆で記入		※いずれかに○を付けてください。	現在、サービス管理責任者として従事していない。
連絡先(電話番号)			
実務経験の確認	基礎研修修了後の業務従事期間の合計		
※実務経験(見込)証明書(様式3)の内容を転記	年 月 日	従事日数合計	※実務経験(見込)証明書が複数枚ある場合は、合算したものを記載してください。

【添付書類】(必須)

- ・ **実務経験(見込)証明書(様式3)**※サービス管理責任者実践研修用
※証明書が複数枚になる方は忘れずに全ての証明書を提出してください。
- ・ **サービス管理責任者基礎研修の修了証書(写し)**
※他の都道府県でサービス管理責任者基礎研修を修了された方も添付が必要です。
- ・ **(修了証を原本で発行希望者のみ)届け先記載済のレターパック1通**
※記載方法はエンビット福祉カレッジのホームページを必ずご確認ください。
正しく記載されていない場合は、発送が遅れることがございます。

※上記以外にも添付書類が必要になる場合があります。詳しくは募集要綱を御確認ください。

御記入いただいた内容は、エンビット福祉カレッジの個人情報・特定個人情報保護規程に基づき、適正な管理を行い、当該研修実施及び修了者名簿の管理業務以外の目的で使用することはありません。