

※この確認書は、受講申込希望者及び受講希望者の所属する事業所に実務経験の証明と本研修参加について趣旨のご理解を確認するためのものです。記入、押印後 PDF データにして、申込時に事務局（WEB フォーム添付）まで送信してください。

令和 6 年神奈川県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・基礎研修 受講推薦書

令和 6 年 月 日

(宛先) 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会

所在地 : 〒

法人名 : _____

(事業所名 : _____)

代表者名 : _____ ⑩

(推薦担当者名 : _____)

この研修は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の適切かつ円滑な運営に資するため、サービスや支援の質の確保に必要な知識、技能を有するサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の養成を図ること」を目的とし、「神奈川県内の指定障害福祉サービス事業所においてサービス管理責任者として従事しようとする者、又は、神奈川県内の指定障害児入所施設及び指定障害児通所支援事業所において児童発達支援管理責任者として従事しようとする者」を対象とした研修であることを理解し、下記の者の受講要件と研修参加にあたるすべての項目について、受講対象者であることを確認しました。

については、下記の職員を、研修受講者として推薦致します。

記

当該職員が以下の研修の全日程に参加できるよう配慮いたします。

【参加希望研修日程】

- F コース : 講義視聴
令和 年 月 日 ~ 演習前日 12 時まで
ウェブサイトにて視聴、もしくは放映会に参加し視聴する。
 事前課題を演習日の 1 週間前までに提出する
 講義視聴後、演習日の前までに、効果測定を完了する。

研修参加者氏名 _____ ⑩

所属法人 _____

法人事業所 _____

※研修参加者氏名等は、受講希望者本人が記入したうえで、法人又は事業所から承認を得てください。