番　号

令和７年　月　日

島根県健康福祉部障がい福祉課長　様

（市町村名）

（部・課名）

（課長名）

令和７年度主任相談支援専門員養成研修　受講推薦書

　標記研修について、下記の者の受講を推薦します。

記

１．受講推薦者

|  |  |
| --- | --- |
| 受講推薦者氏名 |  |
| 法人・事業所名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

※欄が足りない場合は適宜足すこと。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（問い合わせ先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇〇〇…