令和７年　　月　　日

様式1号

埼玉県福祉部障害者支援課長　殿

印

（推薦者）

所属

氏名

法人印もしくは事業所印を押してください。

令和7年度埼玉県サービス管理責任者等ファシリテーター養成研修　受講者推薦書

埼玉県サービス管理責任者等研修ファシリテーター養成研修実施要領を確認のうえ、下記の者は標記研修の受講対象者としての要件を満たしているため受講者として推薦します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | 生年月日 | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 被推薦者氏名  （受講者） | |  | | | | | |
| 所属法人  事業所名 | 法人名：  事業所名：  事業種別： | | | | | | | | 連絡先  電話番号 | |  |
| 所属事業所住所 | | | | 〒 | | | | | | | |
| 連絡先メールアドレス | | | | | 推薦者 | |  | | | | |
| 被推薦者 | |  | | | | |
| サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事したことのある事業種別と従事年数 | | | | | | 事業種別 | | | | | 従事年数（単位：　年　ヶ月） |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| 受講要件の確認 | | | 受講要件を満たしているものに、左枠にチェック（✓）を入れてください。 | | | | | | | | |
| チェック欄 | | | 受講要件 | | | | | | | | |
|  | | | （１）次年度以降、埼玉県サービス管理責任者等研修（指定研修含む）でファシリテーターに従事することが可能であるもの | | | | | | | | |
|  | | | （２）令和元年度以降に、埼玉県サービス管理責任者等基礎研修を受講したもの | | | | | | | | |
|  | | | （３）現に埼玉県サービス管理責任者等研修（指定研修含む）でファシリテーターに従事しているもの、又は従事したことがあるもの | | | | | | | | |
|  | | | （４）現にサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、相談支援専門員、管理者として従事しているもの、又はそれらの職に就いたことがあるもの | | | | | | | | |