

令和 8 年 月 日

山形県健康福祉部長 殿

推薦者 法人等名 _____

代表者 職名 _____
氏名 _____

令和 8 年度山形県強度行動障がい支援者養成研修（実践研修）受講者推薦書
このことについて、下記のとおり受講者を推薦します。

記

ふりがな			
受講者氏名			
所属事業所 特別支援学校			
事業所、特別支援学校 所在地	〒		
基礎研修修了状況 (見込み)		令和 8 年度基礎研修受講予定	
		基礎研修修了 修了年月日 (年 月 日)	
	基礎研修 実施機関		山形県 (山形県知事印が押印されている修了証書)
			その他 基礎研修修了証書の写しを提出してください。

申込について	申込担当者	
	問い合わせ先電話番号 (平日の日中連絡がとれる 番号)	
	問い合わせ先 (連絡用) メールアドレス	

【チェック項目】下記にチェックを入れてください。

- ☐ 受講希望者の氏名は正確です。
- ☐ 電子申請の入力フォームの内容に間違いはありません。

電子申請の整理番号 申込完了画面又は申込完了メールに表示されている 12 ケタの番号	
--	--