

令和8年〇月〇日

山形県健康福祉部長 殿

推薦者 法人等名 社会福祉法人〇〇

記入例

代表者 職名
氏名 理事長 山形 太郎

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	かみのやま じろう		
受講者氏名	上山 次郎		
所属事業所 特別支援学校	障がい者支援施設〇〇		
事業所、特別支援学校 所在地	〒XXX-XXXX 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
基礎研修修了状況 (見込み)		令和8年度基礎研修受講予定	
	〇	基礎研修修了 修了年月日（令和〇年〇月〇日）	
	基礎研修 実施機関	〇	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	天童 三郎
	問い合わせ先電話番号 (平日の日中連絡がとれる 番号)	XXX-XXX-XXXX
	問い合わせ先(連絡用) メールアドレス	XXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXXXX

【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	XXXXXXXXXXXX
---	--------------