別紙２

　　　令和７年　　月　　日

山形県健康福祉部長　殿

　推薦者　法人又は

事業所名

代表者 職名

氏名

令和７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 |  |
| 所属事業所所在地 | 〒 |
| 所属事業所名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |  |
| 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 |  |