



3. サービス管理責任者等として配置予定の事業所

事業所名			
所在市町村	鳥取県	区市町村	
事業種別	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 障がい児入所施設 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援         )

4. 事業所からの推薦と署名

推薦欄	<p>上記の者については、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>法人名</p> <p>事業所名</p> <p>法人代表者</p> <p style="text-align: right;">代表者印（必ず押印）</p>		
受講希望者署名	<p>本申込書に記入した内容に相違はなく、推薦欄のとおり推薦を受けて申し込みいたします。また、推薦者から推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。当該事業の指定申請状況等について、指定権者へ照会することについて了承いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">受講希望者署名</p> <p style="text-align: right;">（必ず自署）</p>		
個人申込の方	<p>※所属事業所から推薦が受けられない場合は、必ず理由を記載してください。</p>		

注1 本申込書は、受講者選考の参考となります。内容については正確に記入してください。

注2 本申込書は、事業所指定要件を満たしていることを確認するものではありません。指定要件に関するお問い合わせは鳥取市、並びに中部県民福祉局、西部県民福祉局までお問合せください。