

令和5年度千葉県相談支援従事者初任者研修 受講確認書

受講希望者 整理番号	受講希望者 氏名	受講希望者 生年月日	配属予定事業所名	事業所別優先順位	備考
		年 月 日		人中 / 位	
		年 月 日		人中 / 位	
		年 月 日		人中 / 位	
		年 月 日		人中 / 位	
		年 月 日		人中 / 位	
		年 月 日		人中 / 位	
		年 月 日		人中 / 位	

【注意事項】

ちば電子申請サービスの「令和5年度千葉県相談支援従事者初任者研修 申込み」の後に作成してください。

受講希望者1名につき、一行記入してください。

整理番号の記入がない、あるいは誤っている場合は無効となります。

法人単位で1枚作成し、表の欄が不足した場合は行を追加してください。

配属予定事業所名や事業所別優先順位は、ちば電子申請サービスへの入力内容と一致するようにしてください。

事業所新設の場合であって、運営法人がまだ設立されていない場合は、法人名・事業所名は仮称とし、法人代表者に代わり新設法人の代表者となる予定の方が推薦してください。（押印は個人印で可）

「令和5年度千葉県相談支援従事者初任者研修」の受講者として、上記の者を受講させたいので推薦します。

また、ちば電子申請サービスから提出した同研修の受講申込みの内容に誤りがないことを証明します。

法人名 _____
 法人所在地 _____
 法人代表者氏名 _____ 印

問合せ担当者名	
連絡先電話番号	

○送付チェックリスト

- 電子申請の内容と、上記記載事項に相違は無いか。
- 返信用封筒(切手を貼ったもの)を同封したか。
- 法人名、法人代表者氏名、担当者名等は記載したか。
- 代表印(社印、施設長印等不可)は押印したか。

法人から申し込む場合のみ✓を記入すること。