別紙様式２－１

年　　月　　日

誓　　約　　書

千葉県知事　　　　　　　様

申請者 所在地

名 称

代表者

当法人は下記に掲げることを誓約します。

記

※ 該当する番号を○で囲んでください。

１　平成　　年　　月　　日から、（氏名：　　　　　　　　　）は、指定障害福祉サービス（行動援護）の**サービス提供責任者**に従事する予定であり、都道府県が実施する、行動援護従業者養成研修課程又は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）を受講していないため、平成３３年３月３１日までに受講させます。

２　平成　　年　　月　　日から、（氏名：　　　　，　　　　，　　　　　）は、指定障害福祉サービス（行動援護）の**従業員**として配置する予定であり、都道府県が実施する、行動援護従業者養成研修課程又は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）を受講していないため、平成３３年３月３１日までに受講させます。