

## 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。