

令和8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8年度山形県強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修）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 (特別支援学校)	
事業所所在地	

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)	
	問い合わせ先(連絡用) 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 整理番号を記入してください。	
--	--