令和５年　　月　　日

東京都心身障害者福祉センター地域支援課長 殿

（推薦者）

区市町村名

部・課名

課長名

（　公　印　省　略　）

令和５年度東京都相談支援従事者等研修演習指導者養成研修　受講者推薦書

下記の者は、標記研修の受講対象者としての要件を全て満たしているため、受講者として推薦いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）被推薦者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 所属法人・事業所名 | 法人名：事業所名： | 連絡先電話番号メールアドレス |  |
| 所属事業所住所 | 〒 |
| 直近で修了した現任研修について | 修了年度（　　）年度　　研修実施主体（　　　　　　　　　　　）※修了証書の写しを添付してください。 |
| 推薦理由 |  |
| 推薦順位 | 　　　　　　　名中　　　　　　　　位 |
| 演習指導参加希望日程※演習指導者（ファシリテーター）として参加する初任者研修演習日程を、第３希望まで記載してください。※**F**および**G**日程については、原則としてこれまでに東京都相談支援従事者研修において、演習指導者として参加したことがある方のみ選択することができます。※初任者研修演習日程については、別紙１「令和５年度東京都相談支援従事者等研修演習指導者養成研修プログラム（案）」をご参照ください。 | 第１希望 | 　　　　　日程 |
| 第２希望 | 日程 |
| 第３希望 | 日程 |
| 研修受講に当たって配慮すべき事項 | （　　）なし |
| （　　）あり　　以下のいずれかに丸を付けてください。　　 （　　）手話通訳（　　）要約筆記（　　）点字資料（　　）車椅子使用　　 （　　）その他　( 内容 ) |

○必ず被推薦者の同意を得てから、記載してください。

○記載していただいた内容は、個人情報の保護に関する法律に基づき、適正な管理を行い、当該研修事業の実施業務及び修了者名簿の管理業務以外の目的で利用することはありません。

（問合せ先）担当者名

（電話）

(メールアドレス)