市町村推薦書

令和　　年　　月　　日

高知県知事　　　様

市町村名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

令和７年度高知県相談支援従事者初任者研修について、以下の者を推薦します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 所属（職種） |  |
| フリガナ  氏　名 |  |
| 推薦理由 | 相談支援専門員としての従事予定時期：【　　　　 年　　 　月頃予定 】  従事予定事業所名：【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

　　　　　　　　　　　　　　　※複数名を推薦する場合は推薦順位を記入してください。

推薦順位

　　　　人中　　番