別添ファイル

埼玉県障害者グループホーム職員スキルアップ研修

同意書兼受講推薦書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提　出　日　　　令和６年　　　月　　　日

研修申込者氏名

生　年　月　日

法人等確認欄

　埼玉県障害者グループホーム職員スキルアップ研修申込書の記載内容に誤りがないことを確認し、上記の者に研修を受講させたいので、推薦します。

法　人　名

法人所在地

法人代表者氏名