

様式2

番 号
令和 年 月 日

東京都心身障害者福祉センター地域支援課長 殿

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主任研修 受講者推薦書

別紙のとおり、標記研修について、次の者の受講を推薦します。

[問合せ先]

所属

氏名

電話

E-mail
