令和　　年　　月　　日

東京都子育て支援員研修「地域保育コース」

受講者推薦書（地域型保育・一時預かり事業）

東京都知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　（社判）

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先

　標記研修の受講者として、下記の者を受講させたいので推薦いたします。

　　 フ　リ　ガ　ナ

１　受講希望者氏名

２　事業所名

　　　　　　　　　　　〒　　　-

３　事業所所在地　　　東京都

４　事業種別　（　小規模保育　・　家庭的保育　・　事業所内保育　・　一時預かり　）

５　推薦理由　当事業所が事業を実施するにあたり、上記職員が本研修を受講することが

　　　　　　　職員配置要件上、必要不可欠であるため。

【区市町村確認欄】　　**※必ず区市町村の印鑑（個人印は不可）をもらってから提出して**

**ください。（印鑑が無い場合は無効となります。）**

　上記内容について、適当であると認めます。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　区・市・町・村

（区市町村長又は主管課長等）

（所管部署）

　　　　　　　　　　　　　　　部　　　　　　　　　　　　　　課

担当者氏名

連絡先