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）

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　）

※ただし、区市町村の認可を受けている事業所に限ります。

　　　　　　　　　※多様な他者との関わりの機会の創出事業実施事業所は対象外です。

５　推薦理由　当事業所が事業を実施するにあたり、上記職員の本研修修了が職員配置要件上、

必要不可欠であるため。

【区市町村確認欄】　**※必ず社判を押印のうえ、区市町村の印鑑（個人印は不可）をもらい、原本を**

**郵送してください。（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