

東京都子育て支援員研修「地域保育コース」
受講者推薦書(認証保育所)

東京都知事 殿

所在地
事業所名
代表者職・氏名 印(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 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必要なため。

※この受講者推薦書は、認証保育所用です。他の事業形態は使用できません。
※必ず社判を押印のうえ、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。)