

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 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 )  
※ただし、区市町村の認可を受けている事業所に限ります。  
※こども誰でも通園制度・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)

\_\_\_\_\_  
印  
(所管部署)

\_\_\_\_\_  
部 課

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_