（様式第５号）

確　約　書

年　　月　　日

（宛先）香春町長

申請者

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

※本人（代表者）が署名（自署）してください。

田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託のプロポーザル方式による選定に参加申し込みをするに当たり、下記の要件について確約します。

記

1. 令和７年度・令和８年度・令和９年度田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託契約（以下、「本委託契約」という。）締結後に田川地区障がい者基幹相談支援センターに配置する職員について、１名以上が本委託契約締結後から令和８年３月３１日までに主任相談支援専門員の資格を取得します。
2. 上記１．の要件を満たせなかった場合の対応については、令和７年度・令和８年度・令和９年度田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託プロポーザル実施要領に掲げる関係市町村と協議の上定めた内容を履行します。
3. 資格取得予定者については、次の者とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 取得予定者氏名 |  |
| 取得済み資格 |  |
| 初任者研修受講年度 |  |
| 現任者研修受講年度 |  |

※各受講年度については、これまでに受講した全ての研修について記載してください。

※複数名の資格取得予定者がいる場合は、資格取得予定者の人数分提出してください。