

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

市町村長 印

推 薦 書

下記の者について、令和7年度の下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

受講させたい研修	令和7年度第2回 認知症介護実践者研修		
推薦する者	氏名		
	事業所名	住所： 電話： FAX：	
	経験年数		
	既を受講した研修		受講年次
		(年)	
		(年)	
研修を受講することにより基準を満たす職名	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 ※該当の□に印をつけてください。		