

別紙様式 5

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 8 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 8 年度第 1 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： F A X：	
	経験年数		
	既に受講 した研修		受講年次
			(年)
		(年)	
		(年)	
研修を受講することにより基準を満たす職名	☐ 代表者 ☐ 管理者 ☐ 計画作成担当者 ※該当の□に印をつけてください。		