

別紙様式 5

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

鹿児島市長 下 鶴 隆 央 印

推 薦 書

下記の者について、令和6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6年度第3回 認知症介護実践者研修																		
推薦する者	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="440 1158 568 1263">氏 名</td> <td colspan="2" data-bbox="572 1158 1281 1263"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1270 568 1525">事業所名</td> <td colspan="2" data-bbox="572 1270 1281 1525"> 住 所： 電 話： F A X： </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1532 568 1585">経験年数</td> <td colspan="2" data-bbox="572 1532 1281 1585"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1592 568 1839" rowspan="3">既に受講した研修</td> <td data-bbox="572 1592 1007 1646"></td> <td data-bbox="1011 1592 1281 1646">受講年次</td> </tr> <tr> <td data-bbox="572 1653 1007 1706"></td> <td data-bbox="1011 1653 1281 1706">(年)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="572 1713 1007 1767"></td> <td data-bbox="1011 1713 1281 1767">(年)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="572 1774 1007 1839"></td> <td data-bbox="1011 1774 1281 1839">(年)</td> </tr> </table>	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)
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	<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。																		