

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。		