　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　一般社団法人　山口県宅老所・グループホーム協会

会　長　　　　小　川　　泰　志　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町の長名　　　　印

推　薦　書

　　令和６年度認知症介護実践者研修の受講について、十分な知識と経験を有する者として、下記の者を推薦します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推薦する者 | 氏　名 |  | |
| 事業所名 | 住　所：  電　話：  ＦＡＸ： | |
| 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 | | |

　担当者氏名：

　連絡先(ＴＥＬ)：

※推薦する者の受講決定に際し、関係課に確認することがありますので、関係課担当者の氏名と連絡先について必ず記入してください。