別紙様式２

認知症介護実践リーダーフォローアップ研修に係る推薦書

令和２年　　月　　日

滋賀県社会福祉協議会

会長　渡邉　光春　様

（介護保険事業所長名）　印

　次の者は認知症介護実践リーダーフォローアップ研修実施要領における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和元年度認知症介護実践リーダーフォローアップ研修の受講者として次の者を推薦します。

　　氏　　名

　　所　　属

　　職　　種

　　推薦理由