（別紙様式2）

令和７年度 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7年　　月　　日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長

　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　 施設・事業所長名

　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７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