（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３年　　月　　日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

会長　渡邉　光春

 　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

 　　 代表者名 　　　　　 　 　　 　 事業所印

　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３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