

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 渡邊 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