（別添3）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和４年　　　月　　　日

 滋賀県社会福祉協議会会長　　あて

 法人名

施設・事業所名

代　表　者　名　　　　　　　　　　　　　　　印

推　　薦　　書

 下記の者について、下記の研修を受講させたいので推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 | 令和４年度 介護職員チームリーダー養成研修　（Bコース） |
| 受講者氏名 |  |
| 職　種 |  |
| 所属長推薦理由 | ※記入後、推薦理由を受講者ご本人と共有願います。所属長氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　 連絡先(TEL)　　　　－　　　　　－　　　　　　 |
| 備　考 |  |

 記入担当課名

 記入担当者名

 連絡先ＴＥＬ（上記と異なる場合）　　　　　　－　　　　　－

＊所属長の印については、私印で結構です。