

様式 5

認知症介護指導者養成研修

団 体 推 薦 書

福 岡 県 知 事 殿
(高齢者地域包括ケア推進課)

団体名 _____ 印
代表者名 _____

下記の者は研修対象要件を満たしますので、2019年度認知症介護指導者養成研修の受講者として推薦します。

記

1 公費負担受講者

推薦 順位	氏名	事業所名	法人名	事業所連絡先 (電話番号)
1	〇〇 〇〇	特別養護老人ホーム 〇〇苑	社会福祉法人 △△会	
2				
3				

2 私費負担受講者

整理 番号	氏名	事業所名	法人名	事業所連絡先 (電話番号)
(例)	〇〇 〇〇	特別養護老人ホーム 〇〇苑	社会福祉法人 △△会	

団体名 _____
担当者名 _____
電話番号 _____