

様式4-2

認知症介護指導者養成研修

所属推薦書

福岡県知事 殿
(高齢者地域包括ケア推進課)

法人名 _____ 印
事業所(施設)名 _____

下記の者は研修対象者の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。

下記の者が当該研修修了後、認知介護実践研修等の「指導者」として研修講師等の業務に携わることについて、法人として協力いたします。

記

- 1 推薦者氏名
- 2 所属事業所(施設)名

法人名 _____
事業所(施設)名 _____
担当者名 _____
連絡先(電話番号) _____