

社会福祉法人十日町福社会
平成29年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）
推薦状

記入日 平成 年 月 日

社会福祉法人十日町福社会
理事長 村山 薫 様

住 所

設置主体

事業種別

施設・
事業所名
施設長・
事業所長氏名

印

電話番号

F A X 番号

- ・ 下記職員の当研修の受講を、責任をもって推薦します。なお、受講人数に制限がかかる場合は、下記の優先順位で受講決定されることを希望します。
- ・ 職員の受講が決定した際は、推薦状別紙に記載した「実地研修先」、「実地研修の指導講師」が責任をもって実地研修を行います。
- ・ 本推薦状並びに下記の職員の受講申込書の内容に相違ありません。

受講申込者氏名及び優先順位

優先順位	氏 名
1	
2	
3	

※下記すべてを合わせて提出ください

- 推薦状
- 推薦状別紙
- 受講申込書
- 修了証コピー
- 返信用封筒（82円切手貼付）