

令和2年度 認知症介護実践研修(実践者研修)

# 受講推薦書

年 月 日

公益財団法人岡山市ふれあい公社 理事長 様

所在地

法人名または事業所名

代表者名

印

(電話番号 - - )

次の者について、公益財団法人岡山市ふれあい公社が主催する令和2年度認知症介護実践研修(実践者研修)を受講させたいので推薦します。

フリガナ	
氏名	
所属施設 又は事業所名	
推薦理由 (所属長記入)	