別紙様式２

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

|  |
| --- |
| 平成　　年　　月　　日認知症介護研究・研修大府センター長 殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険事業所長名　次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、平成２９年度認知症介護指導者養成研修の受講者として次の者を推薦します。* 第１回（平成○年○月○日～○月○日）

　　　　　　　氏　名　　　　　　　所　属* 第２回（平成○年○月○日～○月○日）

　　　　　　　氏　名　　　　　　　所　属* 第３回（平成○年○月○日～○月○日）

　　　　　　　氏　名　　　　　　　所　属 |