

令和 年 月 日

ゴールドエイジ株式会社
大原 康博殿

市 町 村 の 長

推 薦 書

下記の者について、令和 年度の下記の研修を受講させたいので、特段の配慮を
お願い致します。

受講させたい研修	認知症介護実践者研修
推薦する者	氏名： 事業所名： 住所： 電話： FAX： 経験年数： 年 既に受講した研修
研修を受講する ことにより基準を満 たす職名	

見 本

令和 年 月 日

ゴールドエイジ株式会社
大原 康博殿

市 町 村 の 長
〇〇 〇〇

推 薦 書

下記の者について、令和 年度の下記の研修を受講させたいので、特段の配慮を
お願い致します。

受講させたい研修	認知症介護実践者研修
推薦する者	氏名：〇〇 〇〇 事業所名：デイサービス〇〇 住所：三重県〇〇市〇〇 電話： FAX： 経験年数： 2 年 既に受講した研修 認知症介護基礎研修 受講年月：令和5年9月
研修を受講する ことにより基準を満 たす職名	介護職員