

別紙様式 3

社会福祉法人仁成福祉協会
喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）
推薦状

年 月 日

社会福祉法人仁成福祉協会
理事長 小林 脩 様

事業所名 :
施設長名 : 印

- ・ 下記職員の当研修の受講について責任を持って推薦します。なお、受講にあたり人数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。
- ・ 本推薦状、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	
4	
5	

以上