介護職員等フォローアップ研修用

令和７年度佐賀県介護職員等による喀痰吸引等研修（不特定）

**介護職員等フォローアップ研修　　受講推薦書**

令和　　　年　　　月　　　日

（公財）介護労働安定センター佐賀支部

支部長　前田　清隆　殿

事業所名：

住　所：〒

代表者：

担当者：

電　話：

受講者の推薦について

次のとおり関係書類を添えて受講を申し込みます。

1. 受講申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦順位 | 職　名 | 氏　名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

　　　　　　※５名以上の場合、６人目から２枚目の〔様式１号〕受講推薦書にご記入ください。

　　　　　　　その場合、推薦順位をご記入ください。

1. 添付書類　※全て、受講申込者毎に作成すること。
2. 別添「受講申込者調書」介護フォローアップ研修〔様式2－1〕