

**指導者講習用**

令和7年度佐賀県喀痰吸引等研修（不特定）  
指導者講習 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

施設名：  
住 所：〒  
  
代表者：

佐賀県が実施する喀痰吸引等研修（不特定）における、実地研修の指導者を養成するため、次の職員について指導者講習受講申込者調書を添えて受講を申し込みます。

記

優先順位	所 属	氏 名
1		
2		
3		
4		

※ 複数人の受講を申し込む場合には、優先順位の順に記入してください。  
また、受講申込者調書は、受講希望者1名につき1枚作成してください。

連絡担当者	氏 名	
	電 話	
	F A X	