

令和8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 杉本 博人 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。

2. 添付書類 ※全て、受講申込者毎に作成すること。

(1) 別添「受講申込者調書」介護フォローアップ研修〔様式2-1〕