

指導者フォローアップ講習用

令和8年度佐賀県喀痰吸引等研修（不特定） 指導者フォローアップ講習 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 杉本 博人 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）における指導者フォローアップ講習に、次の職員について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	