

社会福祉法人十日町福社会
令和元年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）
推薦状

記入日 令和 年 月 日

社会福祉法人十日町福社会
理事長 村山 薫 様

住 所	
設置主体	
事業種別	
施設・事業所名	
施設長・ 事業所長氏名	印
電話番号	
担当者氏名	

- ・ 下記職員の当研修の受講を、責任をもって推薦します。なお、受講人数に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。
- ・ 下記職員の受講が決定した際は、下記職員の実地研修受け入れについて委託契約を結びます。（ただし、所属する施設・事業所以外で実地研修を行う場合、その実地研修先が委託契約を結ぶ。）
- ・ 職員の受講が決定した際は、推薦状別紙に記載した「実地研修先」、「実地研修の指導講師」が責任をもって実地研修を行います。
- ・ 本推薦状並びに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	

※下記すべてを合わせて提出ください

- | | |
|--|----------------|
| ☐ 推薦状（本紙） | |
| ☐ 推薦状別紙 | |
| ☐ 指導講師の修了証コピー | |
| ☐ 実地研修受け入れ承諾書 | ※所属以外での実地研修の場合 |
| ☐ 受講申込書 | |
| ☐ 返信用封筒（８２円切手貼付） | ※不足分は追加負担して下さい |
| ☐ 修了証コピー（科目免除対象者） | |

