

別紙様式2

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

平成 年 月 日

認知症介護研究・研修大府センター長 殿

都道府県知事・指定都市長、介護保険施設・事業者等長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、平成30年度認知症介護指導者養成研修の受講者として次の者を推薦します。

第1回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏名

所属

第2回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏名

所属

第3回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏名

所属