

社会福祉法人 敬愛園 福岡介護福祉専門学校 喀痰吸引等研修

## 推 薦 書

記入日：令和 年 月 日

社会福祉法人 敬愛園  
福岡介護福祉専門学校  
校 長 小笠原 靖治 殿

〒 ー  
住 所 : \_\_\_\_\_  
設置主体 : \_\_\_\_\_  
事業種別 : \_\_\_\_\_  
施設・事業所名 : \_\_\_\_\_  
施設・事業所長  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 : \_\_\_\_\_  
F A X 番号 : \_\_\_\_\_  
担当者氏名 : \_\_\_\_\_

下記の職員の当該研修の受講を推薦します。

受講者氏名 \_\_\_\_\_

受講者氏名 \_\_\_\_\_

受講者氏名 \_\_\_\_\_

受講者氏名 \_\_\_\_\_