

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

〒

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 _____