

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修受講推薦書

年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会長 宛

推薦者

事業所名

施設長（管理者）名

公印

研修申込者(受講予定者)

事業所名

氏 名

上記の者は、認定特定行為業務従事者として、適格と認められる
ため、推薦します。