

介護職員実務者研修医療的ケア科目履修者対象
手技確認講習 受講推薦書

記入日 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

講習申込者(受講予定者)

事業所名 _____

氏 名 _____

上記の者は、医療的ケア科目を履修しており、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。