

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 _____

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。