

年 月 日

各務原市長あて

(事業所名・代表者名・印)

推 薦 依 頼 書

下記の者について、年度の下記研修を受講させたいので、岐阜県知事あて推薦書を交付願います。

受講させたい研修	研修		
	氏 名		
	事業所名	サービス種類 介護 「 」 所在地：各務原市 電 話：058— — FAX：058— —	
	経験年数	年	
	既に受講した研修		受講年次 (年)
			(年)
		(年)	
		(年)	
研修を受講することにより基準を満たす職名等	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> ()		