別紙様式２-②

事業者推薦で受講を希望する場合
＊市長推薦も希望する場合は①も併せて提出

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年　　月　　日　　認知症介護研究・研修東京センター長　　殿法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和６年度認知症介護指導者養成研修の受講者として推薦します。　　　第　　回（令和　　年　　月　　日～　　月　　日）　　　　　　　氏　名　　　　　　　所　属 |