

# 【 推 薦 状 】

年 月 日

社会福祉法人 白寿会  
白寿会研修センター センター長 様

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_ 公印

以下の職員を「2024 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修  
(不特定の者)」受講に推薦します。

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 生

住 所 \_\_\_\_\_

推薦理由 (受講資格を確認のうえ、受講適任者と判断された理由を記入してください。)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....