様式4

【　**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。）