令和　　年　　月　　日

川崎市健康福祉局長寿社会部

高齢者事業推進課長　殿

社会福祉法人〇〇〇〇

理事長　△△　□□

認知症介護指導者養成研修の受講に係る推薦について

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７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。

１　受講希望者氏名

　　氏　　名　〇〇　〇〇

　　生年月日　　年　月　日

２　所属

　　法人名　社会福祉法人〇〇〇〇

　　事業所名　〇〇〇〇

３　受講希望回

　　第１希望 令和７年度第　回　　受講期間　令和　年　月　日から　　年　月　日

　　第２希望 令和７年度第　回　　受講期間　令和　年　月　日から　　年　月　日

　　第３希望 令和７年度第　回　　受講期間　令和　年　月　日から　　年　月　日