第　　　　　号

　　年　　月　　日

　社会福祉法人　岡山県社会福祉協議会長　足羽 憲治　殿

市町村長名

担当課

担当者名

連絡先

　次のとおり、研修を受講させたいので、関係書類を添えて推薦します。

記

1. **推薦の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研　修　名 | 実施予定月日  ※受講希望日程（第一希望）の  人数をご記入ください。 | 推薦人数 | 備　　考 |
| 認知症介護実践研修  (実践者研修) | ① 7月9日･10日･11日  8月5日･6日  　 9月24日 | 名 |  |

**２　添付書類**

　　・市町村推薦受講者一覧表 ＊エクセルデータでも合わせて提出をお願いいたします。

・受講推薦書 （様式１-地域密着型）

・実務経験証明書（様式２）