令和　　年　　月　　日

十和田市長　小山田　久　宛

事業所名

代表者名

推薦依頼書

　下記の者について、令和６年度青森県認知症対応型サービス事業開設者研修受講者として推薦依頼します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦者に関する事項 | （ふりがな） |  | 性　別 | 男・女 |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 法人・所属事業所名及び住所 | 法人・事業所名住所：（〒　　　－　　　　）ＴＥＬ：　　　　　ＦＡＸ： |
| 職　　　名 | （注） |
| 備　　考 |  |

注　職名の記載例：法人理事長、取締役、事業部門責任者