令和　　年　　月　　日

十和田市長　小山田　久　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

代表者名

推薦依頼書

　下記の者について、令和３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

優先順位　　　　位

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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１）** | | |
| 備　　考 |  | | | |

**（注１）**　職名の記載例：法人理事長、取締役、事業部門責任者