様式１

**阿南市訪問型生活応援サービス・はつらつデイサービス従事者研修推薦書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事 業 所 名 |  | 事 業 所 印 |
|  |
| 代 表 者  （ 職 氏 名 ） |  |
| 所　在　地 | 〒　　　- | |
| 電 話 番 号 |  | |
| 実地研修内容  （終了したものにㇾ点を  　　入れてください） | □　阿南市訪問型生活応援サービス  　同行訪問研修　　（　　　　時間）  □　阿南市はつらつデイサービス  実地研修（　　　　時間） | |

下記の者を、従事者研修を受講する者として推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  受講者氏名 |  |
| 生 年 月 日 |  |