

作成日： 年 月 日

## 推薦状

介護初任者研修の申し込みを申請している下記の者について、施設推薦のため、本状を提出いたします。

受講者氏名			
施設名			印
施設長名 (推薦者名)			
施設住所	〒		
		都・道 府・県	市・町 村
電話番号	— —		

以上

※社印を押印してください。押印がない場合は施設職員向けの受講料の適応対象となりません。

※受講生と連絡が取れない場合は、施設の電話番号に連絡をする可能性があります。