（様式4）

**推　　薦　　書**

令和　　　年　　　月　　　日

 一般社団法人沖縄県介護支援専門員協会

会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| ※ | 市町村名： |
| ※ | 市町村長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |  |

下記の者を、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者として、

沖縄県主任介護支援専門員研修の受講者に推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 業務内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ご連絡担当者氏名 |  |
| ご連絡先電話番号 |  |