

(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: _____ 印

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	