別紙様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村長　　　　　　　　　　　印

令和７年度の標記研修の受講について,下記の者を推薦します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦する者 |  | | | | |
|  | 氏　　名 |  | |  |
| 事業所名 | 住　所：  電　話：  ＦＡＸ： | |
| 経験年数 |  | 受　講　年　次 |
| 既に受講  した研修 |  | （　　　　　　年） |
|  | （　　　　　　年） |
|  | （　　　　　　年） |
|  | （　　　　　　年） |
| 事業所の指定 | 年　　　月　　　日指定（　　　年　　月経過）  ※経過年月日は,令和７年５月末時点で記入してください。 | | | | |