

令和 年 月 日

高知県長寿社会課長 様

法 人 名
施 設 名
施 設 住 所 〒

施設代表者名
担 当 者 名
TEL:
FAX:
e-mail:

令和 7 年度高知県介護職員等喀痰吸引等研修事業（指導者講習）

受講申込書兼推薦書

標記について、下記の者を推薦し、関係書類（別紙様式 2）を添えて申込みます。

受講者氏名	資格	優先順位 (2 名以上申込の場合)

（＊同じ施設から複数名の受講も可能ですが、申込者数が定員を上回る場合は、同じ施設からの申し込みについては、受講者を調整させていただく場合がありますのでご了承ください。）

(令和7年 月 日現在)

ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。
提出された書類については返却しませんので、予めご了承ください。