

法人推薦書

令和 年 月 日

法人又は事業所所在地 〒

法人又は事業所名称

代表者氏名

印

以下の者を、熊本県サービス管理責任者等更新研修を受講するにあたり推薦します。

氏名	生年月日		
	昭和・平成	年	月 日
法人名			
上記の者が勤務している事業所名			
事業所所在地	〒		
日中の連絡先	※研修申込にかかる問い合わせ等があった場合に連絡がつく電話番号を記載してください。		
研修担当者名			