

青 森 県 知 事 殿

市 町 村 長

推 薦 書

下記の者について、令和7年度青森県認知症対応型サービス事業開設者研修受講者として推薦します。

記

優先順位 位 (注1)

推薦者に関する 事項	(ふりがな) 氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日		
	法人・所属事業所 名及び住所	法人・事業所名 住所：(〒 -) TEL : FAX :		
	職 名	(注2)		
備 考				

注1 市町村における優先順位を記入すること

2 職名の記載例：法人理事長、取締役、事業部門責任者