

推進リーダー 推薦書

年 月 日

推薦する者： _____

会員番号： _____

・ 士会指定事業への参加経歴（過去のものとは1年以内）

事業名： _____

推進リーダー： 地域ケア会議推進リーダー ・ 介護予防推進リーダー

※どちらかを○で囲んでください。

上記の者を推進リーダーへの士会推薦といたします。

都道府県士会名： _____

地域包括ケアシステム推進担当者： _____ 印

※士会ご担当者様は、上記をご記入の上、推薦する方にこの書面をお渡しく下さい。

※推薦された方は、リーダー登録の際に、こちらの書面を添付して、e-ラーニングの受講免除申請をしてください。