推薦書

令和　　年　　月　　日

大阪府知事殿

下記の者を、令和6年度 第2回大阪府高次脳機能障がい支援者養成研修の受講者に推薦します。

受講希望者

氏名：

生年月日：

所属事業所名：

所属事業所住所：

推薦者

氏名：

事業所名または法人名：

役職：

※受講希望者と推薦者が同じ所属（法人または事業所）であることが分かるようにご記入ください。