

(様式2)

コグニサイズ指導者研修に係る事業所推薦書

年 月 日

国立長寿医療研究センター・理事長 殿

(所在地)

(事業者名)

(代表者職・氏名)

印

コグニサイズ指導者研修の受講に当たり、以下の者を推薦いたします

(受講者名)

(所属部署名)

(職名)

(実務年数)