

| | |
|------|--------|
| 様式 3 | 代議員推薦書 |
|------|--------|

一般社団法人日本認知症ケア学会 御中

下記の機関は、認知症ケア専門士または認知症ケア上級専門士の活動を広く支援するとともに、認知症ケアの質の向上を目的とする機関たる所定の条件を満たすと判断し認定機関として推薦いたします。

↓下記枠内をご記入ください

| | |
|-----------|--|
| 機関名（事業所名） | |
|-----------|--|

↓下記枠内をご記入ください

| | | | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 会員番号 (右詰で記入) | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 所属名称 | | | | | | | | |
| 代議員氏名 | <div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</div> | | | | | | | |

| | |
|--------|--|
| 事務局記入欄 | |
|--------|--|