

推進リーダー 推薦書

年 月 日

推薦する者：

会員番号：

対象となる士会指定事業

事業名：

* 推進リーダー（どちらかを○で囲んでください）

地域包括ケア推進リーダー ・ 介護予防推進リーダー

上記の者を推進リーダーへの士会推薦といたします。

公益社団法人 東京都理学療法士協会

会長

印