**福祉推進員推薦書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 | 住所 | 電話番号（携帯番号） | 生年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　令和　　年　　月　　日

　　　地区自治振興会会長　様

上記のとおり推薦いたします。

　　　　　　　　　　　 　　町　　名

区 長 名