**しがの認知症バリアフリー地域づくり知事表彰　推薦書**

提出日　令和７年　月　日

（宛先）

　滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長

（推薦者所属・職・氏名）

しがの認知症バリアフリー地域づくり知事表彰募集要項第５なお書きに基づき、下記の者を推薦します。

記

１　表彰対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 個人・地域団体・事業所名 |  |
| 代表者　職、氏名 |  |

２　推薦理由

|  |
| --- |
|  |

■推薦者情報記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 担当者氏名 |  |