

令和 年 月 日

## テレビ番組出演者の推薦書

(とりまとめ担当団体： )

※県医療福祉推進課への提出期限：5月22日(金)

テーマ	
出演者	法人住所： 法人名： 事業所住所： 事業所名： TEL： MAIL： 出演予定者： 出演者の職種： 事業所内や利用者の撮影許可は得られるか： 可 ・ 不可
推薦者	法人・団体名：
推薦理由	
伝える内容	