令和　　年　　月　　日

十和田市長　小山田　久　様

事業所名

代 表 者

推薦書依頼書

下記の者について、令和３年度の下記研修を受講させたいので、推薦依頼します。

記

優先順位　　　　　　　　位（注１）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講させたい会場 | 令和３年度青森県認知症介護実践研修（実践者研修）  　□　第１回青森会場　　　□　第２回八戸会場　　　□　第３回弘前会場  　□　第４回八戸会場　　　□　第５回青森会場  ※開催要項9「受講申込み対象地域」を確認のうえ、希望する会場に☑を付けて  ください。（1会場のみ） | | | | | |
| 推薦する者 | （ふりがな）  氏　　名 |  | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | （昭和・平成）　　　年　　月　　日 | | | 年齢 | 歳 |
| 事業所名 |  | | | | |
| 事業所住所 | 〒  電話　　　－　　　－　　　　FAX　　　－　　　－ | | | | |
| 職　　名 |  | | 介護支援専門員の資格 | | |
| 介護職  経験年数 | 年　　　　月（注2） | | 有 ・ 無 | | |
| * 開催要項３   研修対象者（２）  又は（３）に  該当する者 | 計画作成担当者又は管理者への就任予定がある場合は記入すること  事業種別；□ 認知症対応型共同生活介護　　□ 小規模多機能型居宅介護  □ 看護小規模多機能型居宅介護　□ 認知症対応型ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ  職種；□ 計画作成担当者　・□ 管理者　　時期；　　 年　　 月 | | | | | |
| 職場実習施設名  （注3） | 施設（事業所）種別 | | **※自施設の場合も記入** | | | |
| 施設（事業所名） | | **※自施設の場合も記入** | | | |
| 備　考  （注4） |  | | | | | |

注１　同一事業所で複数者を推薦する場合は、優先順位を付すること。（事業所で付する）

２　経験年数を確認できる**「実務経験証明書」を添付**すること。なお、これは介護実務経験が２年以上であることを確認するためであり、必要以上の期間の証明は不要である。

　３　「職場実習施設」が自施設等（自施設又は自施設と同一の開設者である施設）**以外である場合には、「職場実習受入承諾書」を添付**すること。

　４　市町村が事業所を指導する上で、早急に当研修を受講させる必要がある、又は受講申込み対象地域以外の会場を希望する場合はその旨、備考欄に記入すること。