令和　　年　　月　　日

十和田市長　小山田　久　殿

事業所名

代 表 者　　　　　　　　　　　印

推薦書依頼書

　下記の者について、令和２年度青森県小規模多機能型サービス等計画作成担当者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）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講させたい研修 | 令和２年度青森県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 | | | | | |
| 推薦する者 | (ふりがな)  氏　　　名 |  | | | 性  別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 事業所名  及び住所 | 事業所名  住所：（〒　　　－　　　　　）  ＴＥＬ： ＦＡＸ： | | | | |
| 職　　名 |  | | 介護支援専門員の資格 | | |
| 経験年数 | 年　　　月 | | 有　・　無 | | |
| 受講を必要とする理由（注２） | □　令和２年度中に小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者に就任（予定）  □　令和３年度中に小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者に就任予定  □　上記以外の事業所職員 | | | | | |
| 研修修了等 | 研修名： | | 修了年月日：　　　年　 月 　日 | | | |
| 備　　考 |  | | | | | |

注１　同一事業所から複数名を推薦する場合は、優先順位を付すこと。