令和　　年　　月　　日

十和田市長　小山田　久　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

代 表 者　　　　　　　　　　　印

推 薦 依 頼 書

下記の者について、令和２年度青森県認知症対応型サービス事業管理者研修受講者として推薦依頼します。

記

優先順位　　　位（注１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦者に関する事項 | （ふりがな）氏　　　名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  所属事業所名 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 |  □　現在、認知症対応型サービス事業所の管理者として従事しているが、見做し規定等の適用を受けず、当研修を速やかに受講しなければならない。 □　令和２年度中に認知症対応型サービス事業所管理者に就任予定 □　令和３年度中に認知症対応型サービス事業所管理者に就任予定 □　その他（備考欄に詳細を記載） |
| 受講要件（注２） | □　満たしている　　　　　　 □　満たしていない |
| 受講希望期間（注３） | □　第１回（10月26日～27日）　□第２回（11月4日～5日） |
| 備　　考 |  |

注１　同一事業所から複数名の希望がある場合は、優先順位を付すこと。

注２　実施要領の研修対象者の要件を満たしているか確認すること。

注３　申込みの状況により、受講者数の調整が行われる場合があるのであらかじめ留意のこと。