令和　　年　　月　　日

十和田市長　宛

（高齢介護課介護保険係所管）

事業所名

代表者名

推薦依頼書

　下記の者について、令和６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受講者として推薦依頼します。

記

優先順位　　　位（注１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦依頼する者 | (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６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７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 |
| 受講要件（注３） | □痴呆介護実務者研修・基礎課程　修了（　　年　　月　　日）□認知症介護実践者研修　修了（　　年　　月　　日）□平成17年度認知症高齢者グループホーム管理者研修　修了　（　　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。（事業所で記入）

注２　「受講理由」について、当該欄にチェックすること。

注３　実施要領の研修対象者の要件をご確認の上、当該欄にチェックし、及び修了年月日を記入すること。