様式２（認知症対応型共同生活介護／看護・小規模多機能型居宅介護／認知症対応型デイサービス）

令和　　　年　　月　　日

十和田市長　小山田久　宛

事業所名

代表者

推薦依頼書

下記の者について、令和６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６年度青森県認知症介護実践研修（実践者研修）  　第１希望　　　回　　　会場　　　　第２希望　　　回　　　会場  ※開催要項9「受講申込み対象地域」を確認のうえ、希望する回・会場名を第２希望ま  で記載してください。 | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | |
| 事業種別 | |  | | | | | |
| 事業所住所 | | 〒  電話　　　－　　　－　　　　FAX　　　－　　　－ | | | | | |
| 職　　名 | |  | | 介護職  経験年数 | | 年　　月（注2） | |
| 所有資格 | | 介護福祉士・訪問介護員２級・介護職員初任者研修・介護支援専門員社会福祉士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 地域密着型  サービス事業  指定基準関係 | 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  （注3） |  | * 自施設 | | | | | | |
|  | * 自施設以外 | | | | | | |
|  | 施設（事業所名） | |  | | | | |
| 事業種別 | |  | | | | |
| 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　介護実務経験２年以上を確認できる「実務経験証明書」を添付すること。

　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。（市町村記入）

令和　　　年　　月　　日

実 務 経 験 証 明 書

＜証明を受ける者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 現住所 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所 | 職　種 | 期　間 | 経験年月 | 実務経験 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護  有 ・ 無  計画作成  有 ・ 無 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護  有 ・ 無  計画作成  有 ・ 無 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護  有 ・ 無  計画作成  有 ・ 無 |

上記のとおり業務に従事したことを証明します。

法　　人　　名

代表者職　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　　　　　所

電　話　番　号