

(様式2)

令和 年 月 日

滋賀県社会福祉協議会会長 様

推薦者職氏名(市町長)

推薦書

下記の者に本研修を受講させたく推薦します。

研修名	令和４年度 滋賀県認知症介護実践者研修 第２回				
被推薦者	ふ り が な				
	氏 名	姓		名	
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳）			
	職 種				
	認 知 症 の 人 の 介 護 に 従 事 し た 年 数	年 か月			
	認 知 症 介 護 基 礎 研 修 修 了 年 度	年度修了			
法 人	名 称				
事業所	名 称				
	所 在 地	〒			
		電 話	FAX		
	開 設 状 況	年 月 日 開設 ・ 開設予定			
研修受講により 基準を満足する 職名	① 計画作成担当者 年 月 日 就任 ・ 就任予定				
	② 管理者 年 月 日 就任 ・ 就任予定				
特記事項 (推薦理由)					

- ・「事業所」欄には、開設済みまたは開設を予定する地域密着型サービス事業所について記入してください。
- ・「開設状況」欄は、当該事業所の開設状況(年月日)を記入のうえ、「開設」または「開設予定」のいずれかに「○」印を付してください。
- ・「研修受講により基準を満足する職名」欄には、被推薦者の状況を記入してください。

担当課名	
担当者名	
電話	