

滋賀県社会福祉協議会会長 行

(市町長名)

推 薦 書

次の者について、下記研修を受講させたいので、推薦します。

受講対象の研修	令和5年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修				
推薦する者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	事業者(法人等)の名称				
	受講者の役職名				
	事業所名				
	事業所の所在地	〒			
	TEL				
当該事業所の開設状況	① 既設 (平成・令和 年 月 日 開設済み) ② 新設 (令和 年 月 日 開設予定)				
事業所の開設者への就任(予定)状況	次の(1)～(3)のいずれかを○で囲み、就任(予定)日を記入のこと。 (1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 (2) 指定認知症対応型共同生活介護事業所の代表者 (3) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 令和 年 月 日に、就任 (または、就任予定)				
特記事項					

- 注) ・「事業所名」欄等には、開設している(または開設予定の)事業所の名称、事業所の所在地および連絡先を記入してください。
 ・「当該事業所の開設状況」欄には、①②のいずれかに○印を付け、開設済みの年月日(または、開設予定の年月日)を記入してください。
 ・「事業所の開設者への就任(予定)状況」欄には、(1)～(3)のいずれかに○印を付け、開設者への就任年月日(または、就任予定の年月日)を記入してください。(現在の開設者の交代等に伴う就任や就任予定のための受講の場合は、後任となる者の就任(就任予定)の年月日を記入してください。)
 ・「特記事項」については、記載すべき事項があれば記入してください。

担当課名		担当者名	
TEL			