

滋賀県社会福祉協議会会長 様

(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6年度 滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修			
日 程 該当に○をつけてください	前期 (令和6年9月10日・9月17日の2日間)	後期 (令和7年2月5日・2月12日の2日間)		
推薦する者	(ふりがな) 氏 名	()	生年月日 昭和 年 月 日 平成	
	事業所名	就任予定の事業所名		
	事業所の所在地	〒 就任予定の事業所所在地		
	T E L			
	認知症の方の介護に従事した経験年数	年 月	ケ月 (「認知症対応型通所介護」の管理者への就任予定者については、記入不要です。)	
	既を受講した研修	研 修 名	受講年度	
認知症介護実践研修 「実践者研修」				
旧 痴呆介護実務者研修 「基礎課程」				
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)			
研修受講後の就任予定状況	令和 年 月 日に、当該事業所の管理者に就任予定。(交代を含む。)			
特 記 事 項	※ 現在の所属先が、就任予定事業所と異なる場合、 現在所属の事業所名および所在地を記入してください。			

- 注) ・市町において、当該事業所の開設状況・申請内容等を十分審査のうえ、必要と認められる場合は、受講申込書(正本)とともに、この推薦書を提出してください。(事業所においては併せて研修システムでの申込が済んでいるかご確認ください。)
- ・「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。
 - ・「認知症の方の介護に従事した経験年数」欄の記入に際しては、「グループホーム」、「小規模多機能型」、「看護小規模多機能型居宅介護支援事業所」の管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職員または訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であることが必要である。」との国の基準がありますので、ご留意願います。
 - ・「既を受講した研修」欄は、管理者研修受講の前提条件となる実践者研修等の受講状況の確認のため、受講年度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、年月日を記入してください。
 - ・「研修受講後の就任予定状況」欄には、管理者への就任予定年月日を記入してください。(現在の管理者の交代に伴う就任を含む。)
 - ・「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	
T E L			