

滋賀県社会福祉協議会会長

市町長名

推 薦 書

下記の者について、指定認知症対応型共同生活介護事業所において短期利用共同生活介護を行うため、下記の研修を受講させたいので推薦します。

研修名	認知症介護実践リーダー研修		
氏名			
生年月日	年 月 日		
法人名・事業所名			
事業所住所	〒 -		
事業所連絡先	TEL : - -	FAX : - -	
経験年数	※認知症介護に従事した年数 (令和7年5月1日現在) 年 か月		
職種			
既に受講した研修	痴呆介護実務者研修(基礎課程)	受講年次	年
	認知症介護実践者研修	受講年次	年
介護福祉士登録証	登録年月日	平成 年 月 日	
	登録番号	第 号	
※認知症介護実践者研修(含旧基礎課程)修了者は記入の必要がありません			
事業所における実践リーダー研修(含専門課程)修了者の有無	有 ・ 無		
備考			

市町担当課名

市町担当者名

連絡先