

(別紙様式2)

令和 7 年 月 日

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7年度 滋賀県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修(後期)			
推 薦 す る 者	(フリガナ) 氏 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	事業所の名称			
	事業所の住所	〒		
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)			
計画作成担当者 就任(予定)状況	① 平成・令和 年 月 日 就任 (または 就任予定) ② 今後、勤務を希望している			
特 記 事 項 (現在の所属が上記事業所と異なる場合は、現所属先名と電話番号を記入して下さい。)				

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。

・「推薦する者」欄の事業所名および住所等は、被推薦者が当研修修了後に就任予定の小規模多機能型居宅介護事業所等について記入してください。

・「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。

・「計画作成担当者就任(予定)状況」欄には、今回の受講者について①②のいずれかに○印を付け①の場合は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			