

(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7年度 滋賀県認知症介護実践者研修 第 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		
	認知症高齢者介護の実務経験	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
研修受講により基準を満たす職名および就任状況	① 計画作成担当者	年 月 日	開設 開設予定
	② 管理者	年 月 日	開設 開設予定
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たす職名」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	