受講生推薦書

（受講申込者）

氏　　名

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 該当する番号に○を記入してください。  １　上記の者は，県，市町村で実施している介護支援専門員を対象とした研修において，講師又は支援者として携わっている者です。  ２　上記の者は，地域の介護支援専門員に対して指導を行う立場にあり，その活動実績もある者です。  ３　上記の者は，市町村や基幹型在宅介護支援センターにおいて地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に従事した経験がある者です。  ４　上記の者は，市町村が主催する事例検討会等において，ケアプラン指導等に携わった経験，実績がある者です。 |

以上の事項について，相違ないことを確認し，介護支援専門員としての業務に関し十分な知識と経験を有する者であるので，令和６年度主任介護支援専門員研修の受講生として推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

市町村長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

問合せ先担当課

担　当　者　名

電　話　番　号