

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

市町村長

印

推 薦 書

下記の者について、令和6年度の下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

受講させたい研修	令和6年度 第 2 回 認知症対応型サービス事業管理者研修		
推薦する者	氏 名		
	事業種類	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ※ 該当の□に✓をつけてください。	
	事業所の	〒 所在地: 名 称: 電 話: F A X:	
	認知症高齢者介護の経験年数	年 月	
	既に受講した研修	研 修 名	受講年次
		年	
		年	
		年	
		年	
研修を受講することにより基準を満たす職名	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 ※ 該当の□に✓をつけてください。		