

令和 年 月 日

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5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	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	
推薦する者	氏名	
	事業種類	<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 <input type="checkbox"/> サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所 (※該当する□に✓を付けてください。)
	事業所名・所在地	〒 所在地： 名称： 電話： FAX：
	高齢者介護 経験年数	年 月
	既に受講した研修	研 修 名
		年
		年
		年
研修を受講することにより基準を充たす職名	<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✓を付けてください。	