

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	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>研 修 名</th> <th>受講年次</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> </tr> </tbody> </table>	研 修 名	受講年次		年		年		年	
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。										