

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

鹿児島市長 下 鶴 隆 央 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 認知症対応型サービス事業開設者研修		
推薦する者	氏名		
	事業種類	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所	
	事業所名	〒 住所： 名称： 電話： FAX：	
	経験年数	認知症高齢者の介護に携わった経験年数	年 月
		保健医療サービスの経営に携わった経験年数	年 月
		福祉サービスの経営に携わった経験年数	年 月
	既に受講した研修	研 修 名	受講年次
		年	
		年	
		年	
備考			
研修を受講することにより基準を満たす職名	<input checked="" type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者		