

(様式B)

令和 年 月 日

岡山県知事 伊原木 隆太 殿

(事業所等所在市町村長経由)

〒

所 在 地

法 人 名

代表者職・氏名

電 話 番 号

押印不要

岡山県認知症対応型サービス事業開設者研修を受講させたいので推薦します。

|         |                   |           |
|---------|-------------------|-----------|
| 受講希望の研修 | 認知症対応型サービス事業開設者研修 | 令和7年9月18日 |
|---------|-------------------|-----------|

|                         |                                              |          |   |  |  |
|-------------------------|----------------------------------------------|----------|---|--|--|
| 事業所所在地                  | 〒<br>岡山県<br><br>TEL FAX                      |          |   |  |  |
| 運営する認知症介護サービス事業所名・事業所区分 | 指定小規模多機能型居宅介護・指定認知症対応型共同生活介護・指定看護小規模多機能型居宅介護 |          |   |  |  |
| 事業所開設年月日                | 元号 年 月 日 開設・開設予定                             |          |   |  |  |
| 受講希望者氏名                 | -----<br>生年月日                                | 元号 年 月 日 |   |  |  |
|                         |                                              | 年齢       | 歳 |  |  |
| 推薦理由                    |                                              |          |   |  |  |