

(様式A)

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

下記の岡山県認知症対応型サービス事業管理者等養成研修を受講させたいので推薦します。

受講希望の研修 (受講を希望する研修・ 受講月に○を記入)		小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	11月6日, 7日
		認知症対応型サービス事業管理者研修	10月 ・ 11月 ・ 2月

勤務先所在地	〒岡山県									
	TEL					FAX				
勤務先事業所名										
受講希望者 氏 名	ふ り が な				生 年 月 日		元号 年 月 日			
					年 齢		歳			
過去の実践者 研 修 の 受 講	有 ・ 無		有の場合	修了年月日	H・R 年 月 日		受講 (予定) 法人	県社協 市ふれあい公社		
			無の場合	研修修了 予定日	H・R 年 月 日			県老健協 その他		
認 知 症 介 護 業 務 従 事 歴 (R7.6.1 現在)	年 月 日 ~		年 月 日		所属施設・事業所				役職・職種等	
	年 月 日 ~		年 月 日							
	年 月 日 ~		年 月 日							
	年 月 日 ~		R7年6月1日							
	通算【		○年○月		】					
推 薦 理 由 (所属長記入)										
受講希望理由 (受講者記入)										
就任予定 事業所名										
就任予定 事業所の区分	指定認知症対応型通所介護 ・ 指定小規模多機能型居宅介護 ・ 指定小規模多機能型居宅介護(サテライト型) 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									
該当の□にチェックを入れるとともに、その他必要事項を記入又は該当項目を○で囲んで下さい。										
就任予定の事業所 □ 新設 □ 増設 □ 既設 → 年 月 日 □ 開設済み □ 開設予定 → 既設ユニット数【 】 + 新(増)設ユニット数【 】 → 現 職 名 : □管理者 □計画作成担当者 □管理者兼計画作成担当者 □その他一般介護職 → 就任予定職名: □管理者 □計画作成担当者 □管理者兼計画作成担当者 → 就任予定日 : 年 月 日										
				介護支援専門員		有 ・ 無		計画作成実務経験		有 ・ 無
複数受講希望	番目 人中									

※虚偽、記載漏れ、誤記がある場合は、選考の対象となりません。
※実践者研修の修了証書の写しを添付のこと