

別紙様式 3

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7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7年度 第 2 回 認知症対応型サービス事業管理者研修 | | |
| 推 薦 す る 者 | 氏 名 | | |
| | 事業種類 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム） <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 ※ 該当の□に✓をつけてください。 | |
| | 事業所の | 〒 所在地： 名 称： 電 話： F A X： | |
| | 認知症高齢者介護の経験年数 | 年 か月 | |
| | 既に受講した研修 | 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満たす職名 | <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✓をつけてください。 | | |