所 属 事 業 所 推 薦 書

令和　　 年　　 月　　 日

　　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地　　〒

事業所

確認印

公　印

　　　　　　　　　　　　　　　法人名又は事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名・氏名　　職名　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　代表者以外の者が作成

　　　　　　　　　　　　　　　する場合 職名・氏名　　職名　　　　　氏名

　下記の者は、当法人又は当事業所に所属し、主任介護支援専門員更新研修の受講要件を満たしており、主任介護支援専門員として充分な知識と経験を持つことから、受講を適当と認め推薦します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 | |  | | | | 主任介護支援専門員  更新回数 | | 初回更新  ２回目以降の更新 | |
|  | | | | | | | | | |
| 代表者記入欄 | 受講申込者が代表者であるため以下は自書します→  推薦理由や本研修で特に学んでほしいこと等 | | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員としての地域における実績や貢献の内容、リーダーとしての経験等 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 申込者記入欄 | 受講目的、普段の活動状況等 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の人数 （申込者本人含む令和6年4月8日現在） | | | | | | | | | |
| 同一事業所内の  介護支援専門員の人数 | | |  | 名 | 同一事業所内の  主任介護支援専門員の人数 | |  | | 名 |

※申込者が事業所の代表者等である場合は「受講申込者が代表者であるため以下は自書します」にチェック☑を記入し、代表者記入欄と申込者記入欄のいずれも自書してください。

※研修期間中に所属事業所を変更した場合は、変更届とあわせて本用紙をあらたに提出していただきます。