6-1主任更新様式５

※必須要件ア②の該当者が提出

市町村推薦書

令和　　　年　　　月　　　日

千葉県知事　熊谷 俊人　様

　　　　　　　　　　　　（推薦者）市町村名

市町村長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所在地　　　　　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　（担当者）職名・氏名

連絡先電話番号　　　　　　（　　　　　）

　以下の者を受講対象要件 必須要件ア．「②県内の自治体に所属している者」に該当する者として、令和６年度千葉県主任介護支援専門員更新研修第１期受講者に推薦いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 職　　名 |  |
| 従事している業務の具体的な内容 |  |
| 推薦理由 |  |

※上記は市町村（必ず所属長等の証明権限を有する者）が記入してください。申込者が自書した場合は無効となります。