市 町 村 推 薦 書

**主任様式５**

※個別要件④-2の該当者が提出

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「④－２地域包括支援センターに配属予定の者（または配属されている者）で、市町村の推薦を受けた者」に該当する者として、令和７年度千葉県主任介護支援専門員研修受講者に推薦いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 |  |
| 所属部署名または所属事業所名 |  |
| 職　　名 |  |
| 従事している業務の具体的な内容 |  |
| 配属予定先 | [ ] 現在と同じ[ ] 異動予定あり（配属予定先名称：　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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。