別 紙 1

市 町 村 推 薦 書

年　　月　　日

宮城県知事　宛

市町村名

市町村長名　　㊞

住　　所

TEL：　　－　　－　　（内線　　）

担当者職・氏名

地域密着型サービス事業の運営基準を満たすため下記研修を受講させたく推薦書を提出致します。

1	研　修　名	令和６年度　小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
2	受講希望者職名・氏名	職名：　　氏名：
3	基準を満たすもの（該当するものに〇）	１．指定小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者 ２．指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者 ３．指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者
4	推　薦　理　由（該当する内容を記載）	１．事業所開設の為（新規事業所に着任） 開設予定日　　年　　月頃 ２．前任者と交代の為（退職・人事異動・その他[　　]） 前任者氏名　　交代日　　年　　月　　日 ３．計画作成担当者に従事しているが研修未受講のため 従事年月日　　年　　月　　日 未受講の理由
5	現在の事業所	事業所名： 住　　所： 電　　話：
6	着任する事業所（5と同じ場合同上と記載）（新規開設は仮名称も可）	事業所名： 住　　所： 電　　話：
7	実践者研修受講状況	令和６年度　認知症介護実践者研修　第　　期　受講予定 認知症介護実践者研修　　年　　月　　日　修了 実践者研修（平成 17 年 4 月施行の宮城県実施要綱に基づく）　　年　　月　　日　修了
8	介護業務従事年数	年　　ヶ月