

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 _____ (印)

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5年度 認知症対応型サービス事業管理者研修
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○)	1. 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者 2. 共用型指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者 3. 指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理者 4. 指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者 5. 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者 6. 単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者 7. 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者 8. 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の管理者 9. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の管理者
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. 管理者に従事しているが管理者研修を未受講のため 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5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 _____ 月 _____