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いたします。

1	研　　修　　名	令和５年度　認知症対応型サービス事業開設者研修
2	推薦者　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） （複数回答可）	１．指定小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 ２．指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者 ３．指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 ４．指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 ５．指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の代表者
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．既に代表者として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	対象となる事業所名 （5 と同じ場合同上と記載） （新規開設者は仮名可） （多数の場合別紙に記入）	事業所名： 住　　所：〒 電　　話：
7	介護従事勤務年数 （番号に〇，経験年数記入）	１．有　　（　　年　　ヶ月） ２．無