

## 市町村推薦書

年 月 日

宮城県介護研修センター 所長 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いたします

1	研 修 名	令和5年度 宮城県認知症介護実践リーダー研修
2	受講希望者 職名・氏名	職名 : 氏名 :
3	運営基準を満たすもの	グループホームが短期利用事業所の指定を受けるため
4	推 薦 理 由 (該当する内容を記載)	1. 新規に指定を受けるため 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. 短期利用事業を行っているが研修未受講のため 短期利用開始日 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と同じ場合は同上と記載)	事業所名 : 住 所 : 電 話 :
7	修了している研修 (修了年月日)	認知症介護実践者研修 年 月 日 認知症介護実務者基礎課程 年 月 日
8	介護業務従事年数	年 ヶ月