令和６年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第３回）市町推薦依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | | 申　込　内　容 | | | | | |
| 所　属 | 介護保険事業所番号 | | ※必ず記入してください。 | | | | | |
| 事業所住所 | | 〒 | | | | | |
| 事業所名 | | ※法人・会社名から記入してください。 | | | | | |
| 事業種別 | |  | | | | | |
| 申込担当者名  連絡先 | | 担当者名 | | Tel | | Fax | |
| 受講状況 | 事業所の介護従事者数 | | （　　　　名） | | | | |
| 「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」修了者の在籍状況 | | 在籍しています（　　　　名）　・　在籍していません | | | | |
| 「認知症介護実践研修・  実践者研修（又は「痴呆介護実務者研修・基礎課程」）」修了者の在籍状況 | | 在籍しています（　　　　名）　・　在籍していません | | | | |
| 受　講　者 | ふりがな | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 職名  (例：管理者) | |  | | | 資　格　名  (例：介護福祉士) | |  |
| 生年月日 | | Ｓ・Ｈ　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 採用年月日 | | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 経験年数 | | 年　　　　ヶ月（過去を含む介護職の経験年数） | | | | | |
| 優先順位 | | ※同一事業所から複数名申込む場合は必ず記入してください。 | | | | | |
| １ 将来の職名　（※該当項目に○を付けてください。）  　　　　　管理者（予定）　・　　計画作成担当者（予定）  ２　今回申込みの理由　（※該当する番号に○を付けて必要事項を記入してください。）  ①　新規開設予定  　　　　開設時期　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　開設場所　　　　　　　　　　　　　　　　（※市町名のみで可）  　②　管理者（計画作成担当者）の交代  　　　　交代時期　　令和　　　年　　　月　　　日（予定）  　　　　旧の管理者（又は計画作成担当者）名  ☐　石川県社会福祉協議会HPにて申し込みを行っている。（✓を付けてください） | | | | | | | |

上記のとおり、推薦を依頼します。

令和６年　　　月　　　日

　（市町の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　（事業者法人名及び代表者名）