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）