様式２

令和６年度栃木県主任介護支援専門員研修

推　薦　書

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会　理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　事業所・施設名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　担当者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　下記の理由により、当事業所職員を令和６年度主任介護支援専門員研修の受講者として推薦

します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 申込者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  |
| 事　業　所所　在　地 | 〒 |
| 推薦理由 |

　※「推薦理由」欄については、事業所内での役割や具体的活動内容などが分かるよう記入してください。また、事業所の業務以外に、地域の介護支援専門員連絡会の活動や地域の事例検討会・勉強会の実施などの活動を事業所で認めている場合は、そのことも記入してください。