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

　　　　　　　　　　　　　　市　町　名

　　　　　　　　　　　　　　市町長名

　　　　　　　　　　　　　　担当者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

下記の地域包括支援センター職員を令和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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| センター名 |  |
| センター所在地 | 〒 |
| 受講要件  （いずれかにチェック  してください） | 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して５年以上ある者  ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して３年以上ある者  主任介護支援専門員に準ずる者として現に地域包括支援センターに配属されている者 |
| 推薦理由 | |

　※地域包括支援センターに配置されている方の申込みは、市町の推薦書が必要となります。

　　「推薦理由」欄については、職員の配置状況など具体的理由を記入してください。