

平成28年度主任介護支援専門員更新研修推薦書(要件⑤)

平成 年 月 日

推薦機関名

代表者氏名

印

作成担当者氏名

連絡先電話番号 ()

FAX番号 ()

下記の者について、平成28年度主任介護支援専門員更新研修実施要綱第3(4)⑤に該当する者として推薦します。

該当する□にレを記入してください。

⑤ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、知事が適当と認める者
次の項目に該当する者

イ 市町村及び地域包括支援センターにおいて、主任介護支援専門員として従事又は平成28年8月15日までに従事を予定している者で、主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者として市町村長が推薦する者

(平成28年限りの要件)

(推薦理由を記載ください)

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな 氏名 | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 登録番号 | | | | | | | | | |

【注意事項】

- ※ 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認をさせていただき、必要に応じ再提出をしていただくことがあります。
- ※ 虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。
- ※ 作成担当者は、証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。
- ※ 「ハ その他、知事が適当と認める者」を選択する場合は、事前にお問い合わせください。