（様式第10号）

（保険者用）

令和 　　年　　月　　日

長野県認知症介護指導者会　代表者　様

市　町　村　長

（広域連合長）

**推　　　薦　　　書**

研修の受講について下記の者を推薦しますので、特段の配慮をお願いします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修名 |  | | | | |
| 研修回 | 第　　　　　期 | | 研修会場 |  | |
| 推　薦  する者 | 受講者氏名 |  | | | |
| 事業所名 | 住所：  　〒 | | | |
| 経験年数 |  | | | |
| 既に受講  した研修 | 研修名 | | | 研修年度 |
|  | | | （　　　　　年度）  （　　　　　年度） |
| 実践者  開設者  管理者  計画作成担当者 | 従事する予定の事業所指定に係る職名 | | | | |
| □　代表者　　　□　管理者　　　□　計画作成担当者  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その職に就任する年月　　　　　　　 年　　　月　　　日（ 予定 ・ 就任済 ） | | | | |
| ﾘｰﾀﾞｰ研修 | 短期利用の指定を受ける予定　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |

＊事業者が提出した申込書及び必要書類（各１部）を添付してください。