

(介護保険者用)

(様式第 10 号)

令和 4 年 ○ 月 ○ 日

長野県認知症介護指導者会 代表者 様

〇〇市長 △△ △△ ①

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	認知症介護実践者研修		
研修回	第 1 期	研修会場	テクノプラザおかや/明科公民館
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
		認知症介護基礎研修	(令和 2 年度) (年度)
実践者	従事する予定の事業所指定に係る職名		
開設者	<input type="checkbox"/> 代表者 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者		
管理者	<input type="checkbox"/> その他 ()		
計画作成担当者	その職に就任する年月	令和 5 年 1 月 1 日	(予定・就任済)
リーダー研修	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。

① 貴市町村・広域連合名およびその長の氏名をご記入ください。押印は省略して構いません。

② 申込書の内容を元に該当の研修名を転記してください。研修会場は申込書に記載がありませんので、お手数ですが各研修の要項にてご確認のうえご記入ください。

③ 修了が要件となっている研修については、修了証書の写しが添付されているかご確認のうえ、必ずご記入ください。

・認知症介護実践リーダー研修
認知症対応型サービス事業管理者研修
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修は、「認知症介護実践者研修」もしくはこれと同等とみなされる研修(要項をご参照ください)を修了していることが要件です。

・認知症介護実践者研修の受講申込者で、認知症介護基礎研修を修了したとの申し出があった場合はその旨ご記入ください。要件ではないため、修了証書写しの添付および修了有無の確認は不要です。

④ 各研修を修了した後に就任する予定となっている職名、および就任予定年月をご記入ください。既に就任している場合は、就任した年月を記入し、就任済に○をしてください。就任の予定が、研修終了後概ね1年程度である場合に、推薦の対象としてください。

※就任の予定が1年以上先、または明確な予定がない場合

実践者研修は(様式第1号)ではなく(様式第2号)で申し込むようお願いください。

開設者研修、管理者研修、計画作成担当者研修は予定されたタイミングで申し込むようお願いください。

※記入例は、実践者研修修了後に管理者研修を修了する必要があるケースです。

管理者研修の受講日前に実践者研修を修了できる日程であるかも併せてご確認ください。