

記載例

【様式2】(全員)

令和8年度 主任介護支援専門員研修
市町長推薦書

作成日：令和 年 月 日

愛媛県社会福祉協議会会長 様

〔市町名〕

〔市町代表者名〕

職印

提出前に確認をお願いします。

赤の口に記載されている内容について、
様式1(所属事業所等の内容)と相違が
ないか、また、記載漏れがないかご確認
をお願いします。

令、 たり、介護支援専門員の業務に関して十分な知
識と経験

フリガナ	エヒメ ハナ	介護支援専門員証番号(8桁)							
受講申込者氏名	愛媛 花子	3	8	0	0	0	0	0	0
生年月日	昭和 <input type="text"/> ・ 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日								
所属事業所等	名称	指定居宅事業所 A							
	住所	〒 000-0000 〇〇市 〇〇町 〇〇番地 〇〇							
担当地域包括支援センター名	〇〇市(〇〇・〇〇)包括支援センター								
要件(1)④の該当者の確認 ※()内は該当に○を記入	<input type="checkbox"/> 受講申込者は、介護支援専門員の資格を有し、当(市・町)の設置する介護保険関係の相談窓口において地域の介護支援専門員からの相談・支援等の業務に5年以上従事した(介護支援専門員として実務に従事した期間を含み、専任が否かは問わない)経験があり、介護支援専門員としての経験を有する者として特に推薦する者とする。 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;">この欄は、推薦者が記入する欄ですので、受講申込者が記入した場合は無効です。</div>								

(注1) 受講希望者は、本様式に【様式1】受講申込書・【様式2】市町に推薦を依頼してください。なお、市町によって異なる提出書類及び形式(原本又は写し)を確認のうえ依頼してください。
(注2) 要件(1)④の該当者の場合、必ずを入れ、推薦書を発行してください。