

番 号  
年 月 日

(事業所指定事務取扱市町)

長 様

法人(会社)名称

事業所名称

事業所代表者名

印

( ) 年度 第 ( ) 回 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講推薦願

標記研修に下記職員を受講させたく、推薦くださるようお願いいたします。

記

推薦する者

ふりがな		
氏名		
勤務 する 事業所	名称	
	住所	
	電話	
	FAX	
経験年数(総年月数)	年 月	※概ね5年以上の経験が必要(受講希望研修1日目の前月末時点)
実践者研修等の 修了日	年 月 日	
受講希望の理由	①知識・技術の向上 ②認知症対応型共同生活介護における短期利用要件 ③認知症専門ケア加算等の加算申請 ④認知症介護指導者養成研修受講希望 <b>※②を含む理由を選択された場合のみ、本推薦願を提出することができます</b>	

※番号はいずれかに○を入れること

本書は受講申込書と相違のないものとします。

注) 1. 経験年数は認知症介護の実務経験とします。  
2. 本書が、兵庫県社会福祉事業団へ提出する受講申込書と内容が異なる場合は申込書類の不備とみなします。詳しくは福祉のまちづくり  
研究所ホームページ 認知症介護研修事業 (<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?cat=9>) の『研修における留意事項』を参照のこと