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　　認知症介護実践研修（実践者研修）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　　ヶ月　※概ね2年以上の経験が必要（受講希望研修1日目の前月末時点）		
受講希望の理由		①知識・技術の向上　②管理者に従事予定　③計画作成担当者に従事予定　④認知症加算等申請 **※②③のいずれかもしくは両方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**		
従事する理由		①新規開設	②既設変更	従事理由　①前任者退職　②前任者異動　③その他（　　）
従事（予定）事業所	名　称	※未確定の場合は（仮称）○○等と記入すること		
	種　別	①認知症対応型共同生活介護　②小規模多機能型居宅介護　③看護小規模多機能型居宅介護　④認知症対応型通所介護		
	従事（予定）日	年　　月　　日 ※申込書要記載（記載のない場合未定となり選考の優先順位が下がることがあります		

※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。