令和７年　　月　　日

　南部町長　　殿

法 人 名

住　　所

代 表 者

事業所名

推　　　　薦　　　　書

　下記の者について、令和７年度青森県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講者として推薦します。

記

優先順位　　　位（注１）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦する者 | （ふりがな）  氏　　　名 | （　） | | 性  別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 事業所名  及び住所 | 事業所名    住所  〒　　　－  TEL: FAX: | | | |
| 職　　名 |  | 介護支援専門員の資格 | | |
| 経験年数 | 年　　　月 | 有　・　無 | | |
| 受講を必要とする理由（注２） | □　令和７年度中に小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者に就任（予定）  □　令和８年度中に小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者に就任予定  □　上記以外の事業所職員 | | | | |
| 備　　考 |  | | | | |

注１　同一事業所から複数名を推薦する場合は、優先順位を付すこと。（事業所で記入）

注２ 「受講理由」については、市町村で当該欄にチェックすること。