

(様式3)

推薦書

令和 年 月 日

山梨県福祉保健部健康長寿推進課長 殿

施設・事業所名又は市町村名

代表者氏名

印

次の者を山梨県主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。

申込者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員番号	
事業所・地域包括支援センターの所在地及び電話番号	〒 連絡先(電話番号) : — —
推薦理由	■ 受講させたい理由、研修修了後、所属でどのように活かしていくのか等
主任介護支援専門員の配置状況等	■ 本人以外の主任介護支援専門員の有無： いる () 人 ・ いない ■ 本人以外に主任介護支援専門員がいる場合、本人に研修受講をさせたい理由について詳しく記入
複数申込の優先順位	■ 同一事業所で複数の受講申込みがある場合： 人中 位
【地域包括支援センターのみ】配属予定	■ 来年度、地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属予定： あり ・ なし
【事業所のみ】特定事業所加算の届出状況	届出済 (I ・ II ・ III) 届出予定あり (I ・ II ・ III ・ IV) 時期 (令和 年 月予定) 届出予定なし

※ 受講者本人が代表者の場合は、推薦者として適当と認められる者に記入を依頼すること