

平成30年度 主任介護支援専門員更新研修 市町長推薦書

作成日：平成 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

〔電話番号〕

平成30年度主任介護支援専門員更新研修を受講するにあたり、主任介護支援専門員の業務に十分な知識を有する者として下記の者を推薦します。

フリガナ						生年月日			
受講申込者氏名						昭和 平成	年	月	日
介護支援専門員証 番号(8桁)	3	8				県外登録者 番号			
所属事業所	名称								
	所在地	〒 ー							
担当地域包括支援 センター名									

(注) 事前に別添の受講確認書を記入の上、本様式に受講確認書を添えて勤務先の管轄市町に推薦を依頼してください。