

(様式1)

令和 8 年 6 月 1 日

岡山市長 大森 雅夫 殿

〒 700-0000

所在地 岡山市北区〇〇〇〇〇
 法人名 株式会社〇〇
 代表者職・氏名 代表取締役 ●●●●●
 電話番号 123-456-7890

下記の岡山市認知症対応型サービス事業管理者等養成研修を受講させたいので推薦します。

受講希望の研修 (受講を希望する研修・受講月に○を記入)	<input type="radio"/>	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	10月29日, 30日
	<input checked="" type="radio"/>	認知症対応型サービス事業管理者研修	9月・ 11月 ・2月

勤務先所在地	〒 700-0000 岡山市北区〇〇〇〇-〇 TEL 086-123-4567 FAX 086-123-4567		
勤務先事業所名	小規模多機能型居宅介護●●		
フリガナ	オカヤマ タロウ		生年月日 昭和 2 年 1 月 1 日 平成
受講希望者氏名	岡山 太郎		年齢 36 歳
過去の実践者研修の受講	<input checked="" type="radio"/> 有	有の場合	修了年月日 平成・令和 7 年 11 月 19 日 受講法人 (H22以前は記載不要) 〇〇公社
		無の場合	研修修了予定日 令和 年 月 日 受講予定法人
認知症介護業務従事歴 (R8.6.1現在)	従事期間		所属施設・事業所
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	平成20年 4月 1日～平成29年 3月 31日		デイサービス〇〇
平成29年 4月 1日～令和8年6月1日		小規模多機能型居宅介護●●	介護従業者
【計 18年 2ヶ月】			
推薦理由 (所属長記入)	推薦する具体的な理由(経験の長さ、適性、介護技術の高さ、法人内の人員等)を記入してください。		
受講希望理由 (受講者記入)	受講を希望する具体的な理由(受講する必要性、身に着けたい能力、学びたい内容等)を記入してください。		
就任予定事業所名	小規模多機能型居宅介護●●		
就任予定事業所の区分	指定認知症対応型通所介護・ 指定小規模多機能型居宅介護 ・指定小規模多機能型居宅介護(サテライト型) 指定認知症対応型共同生活介護・指定看護小規模多機能型居宅介護		
該当の□にチェックを入れるとともに、その他必要事項を記入又は該当項目を○で囲んで下さい。			
就任予定の事業所 <input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 増設 <input checked="" type="checkbox"/> 既設 → 平成29年 4月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 開設済み <input type="checkbox"/> 開設予定 → 既設ユニット数【 】 + 新(増)設ユニット数【 】 → 現職名: <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者兼計画作成担当者 <input checked="" type="checkbox"/> その他一般介護職 → 就任予定職名: <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者兼計画作成担当者 → 就任予定日: 令和9年 4月 1日 介護支援専門員 <input checked="" type="radio"/> 有・無 <input type="radio"/> 無 計画作成実務経験 <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無			
複数受講希望	1	番目	1 人中

※虚偽、記載漏れ、誤記や介護経験証明書など添付に漏れがある場合は、選考の対象となりません。