

(様式2)

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

岡山市認知症対応型サービス事業開設者研修を受講させたいので推薦します。

受講希望の研修	認知症対応型サービス事業開設者研修	令和8年9月5日
---------	-------------------	----------

事業所所在地	〒 700-0000 岡山市北区〇〇〇〇-〇 TEL 086-123-4567 FAX 086-123-4567		
運営する認知症介護サービス事業所名・事業所区分	小規模多機能型居宅介護●● 指定小規模多機能型居宅介護・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		
事業所開設年月日	昭和・平成・令和 29年 4月 1日 (開設)・開設予定		
フリガナ	オカヤマ ハナコ	生年月日	(昭和) 45年 4月 5日 平成
受講希望者氏名	岡山 花子	年齢	56 歳
推薦理由	(前任の代表者から交代したため、今後理事に就任予定であるため 等)		