年　　　月　　日

　社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会長　　様

市町村の長

推　　薦　　書

　下記の者について、令和６年度鳥取県認知症介護実践者研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いしたい。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属事業所名 |  |
| 介護経験年数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| 研修を受講することにより基準を満たす職種 | 　　　　□開設者（代表者）　　□管理者　　　□計画作成担当者 |

※推薦書は、「指定地域密着事業所を開設しようとする者」が交付対象であり、既に開設済の事業所については推薦書の添付があった場合でも優先決定の対象とはなりません。法人・会社等より推薦書の依頼があった際には、受講申込者が交付対象であるかどうかをご確認ください。