　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　社会福祉法人　山口県社会福祉協議会

会　長　　　　　隅　　喜　彦　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（市町の長名）

推　薦　書

　　以下の者について、令和６年度認知症介護実践リーダー研修の受講により、所属事業所等の短期利用に係る施設基準を満たすことから推薦しますので、特段の配慮をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦する者 | 氏　　名 |  |
| 施設基準を満たす  事業所名 | サービス種別：  事業所名：  住所：  電話： |
| 受講要件の充足状況  ※いずれかに☑ | □　介護業務におおむね５年以上従事かつ  　認知症介護実践者研修の修了から本研修初日までが１年以上（※令和５年度修了者は対象外）   * 介護福祉士を取得して１０年以上かつ、１８００日以上の実務経験を有する   （ 　　　年以上 　　　日） |

|  |  |
| --- | --- |
| 市町担当部署 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 連絡先（TEL） |  |

※　推薦する者の受講決定に際し、関係課に確認することがありますので、関係課担当者の氏名と連絡先について必ず御記入ください。

※　令和６年度より、申込方法や推薦書要件について変更していますので、実施要綱等を御確認ください。