

(様式4)

主任介護支援専門員研修にかかる受講推薦書

令和 年 月 日

社会福祉法人島根県社会福祉協議会長 様

市町村長 印

次の者は、介護支援専門員からの相談対応や、地域の介護支援専門員への支援に関する知識及び能力を有している者と認められますので当研修への受講者として推薦します。

氏 名	
介護支援専門員登録番号	
配置されている地域包括支援センター名称及び配置予定年月日 (※)	令和 年 月 日

(※) 地域包括支援センターへの配置が予定されている者については、配置予定の地域包括支援センター名称及び配置予定年月日を記入すること。

担当課名	
担当者名	
電話番号	