様式第2号　別紙　（保険者⇒福祉人材センター）

総　括　表

令和6年度　認知症対応型サービス事業開設者研修

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 事業所名／事業種別 | 受講者氏名 | 推薦の有無 | 「推薦する理由」☑有の場合のみご記入下さい | |
| 研修を受講することにより基準を満たす職名等 | 保険者記入欄 |
| 該当項目をチェックしてください | その他推薦したい理由を記入して下さい |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |
|  |  |  | 推薦　□有  □無 | □開設者  □管理者  □計画作成担当者  □ＧＨ短期利用 |  |