（様式１）

主任介護支援専門員研修受講推薦依頼書

　　　年　　　月　　　日

（宛先）

松　山　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受講者名）

※自署又は記名押印

令和７年度主任介護支援専門員研修開催要項に基づき、同研修を受講するにあたり、推薦していただくよう依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 介護支援専門員登録番号（８桁） | | | | | | | |
| 受 講 者 氏 名 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 昭和　・　平成　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 所属事業所  （連絡先） | 名　　称 | （日中連絡の取れる電話番号：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | | | | | | |
| 担当地域包括支援  センター名 |  | | | | | | | | | |