

(様式1)

主任

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8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	〒 ー								
担当地域包括支援 センター名										