（様式１）

主任介護支援専門員更新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更新研修開催要項に基づき，同研修を受講するに当たり，推薦していただくよう依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 受 講 者 氏 名 |  | 昭和平成 | 年　　　　月　　　　日 |
| 介護支援専門員証番号（８桁） | ３ | ８ |  |  |  |  |  |  | 県外登録者番号 |  |
| 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 |  |