（様式６）

令和６年度主任介護支援専門員更新研修推薦書（要件⑤）

令和　　年　　月　　日

推薦機関名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

作成担当者氏名

連絡先電話番号　　　　（　　　）

ＦＡＸ番号　　　　　　（　　　）

　下記の者について，令和６年度主任介護支援専門員更新研修実施要領第３⑤に該当する者として推薦します。

|  |
| --- |
| 該当する□にチェックを入れてください。 |
| 1. 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者   次のいずれかに該当する者とします。  　イ　市町村及び地域包括支援センターにおいて，主任介護支援専門員として従事又は従事を予定している者で，主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者として市町村長が推薦する者  　ロ　県内の介護保険事業所において，主任介護支援専門員として従事している者で，主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者として当該介護保険事業所が推薦する者  　ハ　その他，知事が適当と認める者 |
| （推薦理由を記入してください） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

【注意事項】

※　上記の内容に記入漏れ，不備，不明な点がある場合は，確認をさせていただき，必要に応じ再提出をしていただくことがあります。

※　虚偽の申請があった場合は，研修受講決定取り消し等の対応をいたします。

※　作成担当者は，証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。

※　「ハ　その他，知事が適当と認める者」を選択する場合は，事前にお問い合わせください。