

(別紙)

平成 年 月 日

長崎県長寿社会課長 様

市町（保険者）の長

推 薦 書

下記の者について、平成29年度の下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

受講させたい研修	平成29年度 認知症介護実践リーダー研修		
推薦する者	氏 名		
	事業所名	住所： 電話： FAX：	
	経験年数		
	既に受講した研修 (認知症 介護関係)	研 修 名	受講年次
			(年)
		(年)	
研修を受講することにより基準を満たす職名	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者		
既存の事業所において優先受講が必要な理由 (代表者を除く)			