(様式1)

令和元年度介護支援専門員実務研修実習指導者養成研修受講申込書及び承諾書

令和元年　月　日

長野県社会福祉協議会会長　殿

事業所名

事業所代表者名

事業所住所 (〒　　 － )

事業所電話/FAX番号

下記の者は、介護支援専門員としての規定の実務経験を有する者として、以下のとおり介護支援専門員実務研修の実習指導者として推薦し、標記研修に申し込みます。

また、本研修修了後は、長野県社会福祉協議会が実施する介護支援専門員実務研修の実習指導者として協力することを承諾します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 受講希望者氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 介護支援専門員証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 主任介護支援専門員研修修了年度 | 平成 年度修了 |
| 介護支援専門員実務経験期間(通算) | 平成 年 月 日～平成・令和 年 月 日通算( 年 ヶ月)※通算は実務に就いていない期間を除いた通算期間を記入してください。 |
| 推薦理由 | ※具体的に記載してください。 |
|  |