認知症介護指導者養成研修受講者推薦書兼承諾書

 　　　　令和　　年　　月　　日

 滋 賀 県 知 事

施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

 令和６年度 認知症介護指導者養成研修の受講者として、下記の者を推薦し、研修に派遣することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | 性別 | 男・女 |

認知症介護実践者研修（基礎課程）　　　　　修了年月日　　　　　　年　　月　　日

認知症介護実践リーダー研修（専門課程）　　修了年月日　　　　　　年　　月　　日

認知症介護実践リーダーフォローアップ研修　修了年月日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦理由 |  |
| 申込区分 | １．県からの派遣枠での推薦のみを希望する。２．第一希望は県の派遣枠での推薦を希望するが、選考で派遣枠から漏れた場合は、第二希望として自費参加でも申し込む。３．自費参加を希望する。 |

＊申込区分について、上記の１～３のいずれかに○印を付けてください。