

**令和3年度愛媛県認知症介護実践者研修
社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会実施（第1期）の
受講者募集について**

愛媛県から、標記研修を実施する旨の通知がありましたのでお知らせいたします。県ホームページにて、募集要項等掲載しておりますので御確認ください。

なお、今年度も、社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会を指定法人として実施することとなっております。

愛媛県ホームページ

<http://www.pref.ehime.jp/h20400/kensyu/nintisyoukaigo/2018index.html>

年 月 日

八 幡 浜 市 長 様

施設等の

所在地及び名称

施設長又は管理者職・氏名

職印

推 薦 依 頼 書

下記の者について、令和__年度の下記研修を受講させたいので、推薦していただきますよう、よろしくお願いいたします。

| | | | |
|----------------------|--|--------------------|------|
| 受講させたい研修 | | | |
| 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 | | 受講年次 |
| | | | (年) |
| | | (年) | |
| | | (年) | |
| 推 薦 理 由 | | | |
| 研修を受講することにより基準をみたす職名 | <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> その他 () | | |