

推 薦 書

(受講要件5または6で申込まれる方)

年 月 日

一般社団法人北海道総合研究調査会

理 事 長 五十嵐 智嘉子 様

市町村名

住 所 (〒 -)

市町村長名 _____ 印

交付担当者所属及び氏名

連絡先電話番号 - -

下記の職員を、北海道主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。

氏名	(大・昭・平 年 月 日生)
介護支援専門員 登録番号	
所属部署	
職名	
従事している 相談・支援等の 指導業務の内容	
上記業務の 従事期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (通算 年 カ月) ※平成30年10月末日現在
受講要件5で申込む方 は必ずご記入下さい。	地域包括支援センターへの配置(予定)年月日 平成 年 月 日

- ※1 指導業務の内容欄は、地域の介護支援専門員に対する支援等の業務内容を具体的に記載して下さい。
(例：市介護保険課でのケアプランのチェック及び改善指導業務 など)
- ※2 現職以前の「専任の介護支援専門員としての従事期間」を通算する場合は、勤務していた事業所の実務経
験証明書を添付して下さい。
- ※3 本書式は右記 URL からダウンロードできます <http://www.hit-north.or.jp/care/>