様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県認知症介護実践者研修（第１回）受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県認知症介護実践者研修（第２回）受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県認知症介護実践者研修（第３回）受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県認知症介護実践リーダー研修受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

２　研修受講状況等調書　　　（様式３のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県認知症対応型サービス事業所開設者研修受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県認知症対応型サービス事業管理者研修（第１回）受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県認知症対応型サービス事業管理者研修（第２回）受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（第１回）受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）

様式２

番　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　（事業所指定事務取扱市町村）長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　介護保険施設等運営法人代表者

福島県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（第２回）受講推薦願

　標記研修の受講について、推薦くださるようお願いいたします。

　なお、令和　年度福島県認知症介護実践者等養成研修募集要項の各研修項目に記載されている６(1)の規定により下記書類を添付いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　１　受講申込書　　　（様式１のとおり）