

申込書式 3

推 薦 書

令和 4 年 月 日

埼玉県知事指定研修実施機関
一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会
代表理事 長谷川 佳和 様

市町村名

住 所

市町村長名

印

担当者所属及び氏名

連絡先電話番号

下記の者を、令和 4 年度埼玉県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	(昭・平 年 月 日生)
介護支援専門員登録番号	
介護支援専門員の勤務年数	
所属部署	
職 名	
他の業務との兼務の割合が、就業時間の二分の一を下回らないとする根拠 (実施要領 3 (2)④アの対象者) ※判断の基となる資料を添付	
上記業務の従事期間	平成・令和 年 月 日～現在も就業中(通算 年 か月)