個別要件④

様式7

**推　薦　書**

令和　６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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者所属及び氏名

|  |
| --- |
|  |

　　　連絡先電話番号　　　　　－　　　　－

**下記の者を、令和６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 |  |
| 所属事業所の住所及び名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 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 |  |
| 指定居宅介護支援事業者において、常勤の介護支援専門員として実務に従事した期間 | 平成・令和　　年　　月　　日～現在も就業中(通算　　年　か月） |