別紙２

　修了証書

（１）　青森県認知症介護実践者等養成事業実施要綱４「(3)～(5)」関係

第　　　　号

修　　了　　証　　書

氏　　名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

認知症対応型サービス事業開設者研修

あなたは、厚生労働省の定める　 認知症対応型サービス事業管理者研修

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

を修了したことを証します。

令和　　年　　月　　日

青森県知事

（２）　青森県認知症介護実践者等養成事業実施要綱４「(1)及び(2)」関係

第　　　　号

修　　了　　証　　書

氏　　名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

あなたは、当該法人が青森県知事の指定を受けて行う厚生労働省の定める

　　認知症介護基礎研修

　　認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）

　　を修了したことを証します。

令和　　年　　月　　日

（指定法人名）

別紙３

令和　　年　　月　　日

青森県知事　　殿

市町村長

推　　薦　　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、推薦します。

優先順位　　　　位

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 既に受講した研修名及び受講年度 | （　　　年度受講） |
| （　　　年度受講） |
| （　　　年度受講） |
| 研修を受講することにより基準を満たす職名 | □　代表者 □　管理者　　　□　計画作成担当者  ※該当する職名の□にチェックを入れてください。 | |

※　複数名を推薦する場合は、優先順位を付してください。