

市町村直営地域包括支援センター用

令和 年 月 日

市 町 村 推 薦 書

青森県知事 殿

(市町村長名)

印

下記の者について、地域の介護支援専門員への指導支援等に関し十分な知識及び能力を有する者として、令和8年度青森県主任介護支援専門員研修の受講者に推薦します。

フリガナ		(生年月日)
受講申込者(被推薦者) 氏名		昭和・平成 年 月 日
勤務先 (地域包括支援センター名)		
勤務先所在地	〒 -	
勤務先電話番号		

▽受講要件確認（確認の上、☑を付すこと）

主任介護支援専門員 研修の受講の際に 必要とされる要件 ※両方満たすこと	☐	平成21年度以前に実施された地域包括支援センター現任者研修または平成22年度以降に実施された地域包括支援センター職員研修を修了した 修了年度 [平成・令和 年度]	
	☐	ケアプラン作成業務に従事した期間が通算で3年(36か月)以上である	
		ケアプラン作成業務に従事した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 か月)
			年 月 日 ~ 年 月 日 (年 か月)
			年 月 日 ~ 年 月 日 (年 か月)
	従事期間 計	通算: 年 か月	
《注意事項》 1) ケアプラン作成業務とは、居宅サービス計画や介護予防サービス計画の作成業務を行っていることを指します。 2) 現在従事しているセンターでの従事期間は、令和8年10月20日現在で記載すること。			