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「(1)及び(3)～(5)」関係

第　　　　号

修　　了　　証　　書

氏　　名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

認知症介護基礎研修

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開設者研修

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。

平成　　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「(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。

平成　　年　　月　　日

（指定法人名）

別紙３

平成　　年　　月　　日

青森県知事　　殿

市町村長

推　　薦　　書

　下記の者について、平成　　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。