受講生推薦依頼書及び同意書

八王子市長　初宿　和夫　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

（受講申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　　月　　日

１　上記の者は、当法人が設置する地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等において、現に介護支援専門員として勤務しており、かつ、東京都主任介護支援専門員研修の受講要件及び東京都主任介護支援専門員研修八王子市受講者推薦基準を満たしています。

２　上記の者は、市及び地域包括支援センターからの支援困難事例の受入れに積極的に取り組むとともに、地域貢献や他の事業所の介護支援専門員に対する指導・助言等の役割を担うことを承諾しております。

３　上記の者は、東京都主任介護支援専門員研修を修了したとき、市及び市が委託した者が実施する介護支援専門員を対象とした研修及び各種事業等に協力することを承諾しております。

４　当法人は、主任介護支援専門員の制度上の位置づけに鑑み、この者が、市及び市が委託した者が実施する介護支援専門員を対象とした研修及び事業等に協力することに配慮

いたします。

以上の項目について、当法人として相違ないことを確認し、上記の者について東京都主任介護支援専門員研修の受講生として推薦いただきたく、依頼します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　勤務先事業所

　（勤務先法人）　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞