

推 薦 書

年 月 日

一般社団法人北海道総合研究調査会

理 事 長 五十嵐 智嘉子 様

市町村名

住 所 〒

市町村長名 _____ 印

交付担当者所属及び氏名

連絡先電話番号 — —

次の職員を、北海道主任介護支援専門員更新研修の受講者として推薦します。

氏名	(大・昭・平 年 月 日生)
介護支援専門員 登録番号	
地域包括支援センターの 名称	
職名	
地域包括支援センター 従事（予定）期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (通算 年 ヶ月)
推薦理由 (地域の介護支援専門員への指 導支援等の実績 等)	

※「推薦理由」欄には、介護支援専門員に対する研修の企画立案状況・地域における指導等の活動内容など、受講者として推薦した理由を具体的に記載してください。