**推　　薦　　書**

令和　　年　　月　　日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

（地域包括支援センター長　又は　市町村長）　　印

　下記の職員を、　　　　　　　　　　　　　研修の受講者として推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 地域包括支援センター名 |  |
| 職　　　名 |  |
| 業務内容 |  |
| 地域包括支援センターへの配置年月日 |  |
| 実務経験期間　※ | 年　　　　か月 |

※　実務経験期間：

介護支援専門員証初回交付日から基準日(受講年度の４月１日)までの勤務期間（産休・育休・病休等は期間に含みません。）