第　　　　　号

　　年　　月　　日

　社会福祉法人岡山県社会福祉協議会長　山岡 治喜　殿

市町村長名

担当課

担当者名

連絡先

　次のとおり、研修を受講させたいので、関係書類を添えて推薦します。

記

1. **推薦の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研　修　名 | 実施予定月日※受講希望日程（第一希望）の人数をご記入ください。 | 推薦人数 | 備　　考 |
| 認知症介護実践研修(実践者研修) | ① 7月10日･11日･17日･18日･19日･9月3日 | 名 | ※受講可能と回答した人数をご記入ください。 |
| ② 8月8日･9日･20日･21日･22日・　 10月8日 | 名 |
| ③ 10月16日･17日･29日･30日･31日・12月17日 | 名 |

**２　添付書類**

　　・市町村推薦受講者一覧表 ＊エクセルデータでも合わせて提出をお願いいたします。

・受講推薦書 （様式１-地域密着型）

・実務経験証明書（様式２）