【記入例】 (様式1)その他の施設等

令和7年度 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講推薦書

■受講日程	〔第2回〕 8月18日～20日、9月8日・9日、10月28日

■受講者基本情報

ふりがな	おかもも　たろう	勤務先の住所
受講者氏名	岡桃　太郎	〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1
生年月日	昭和 ・(平成) 4 年 4 月 25 日	
勤務先　法人名	社会福祉法人 岡山の会	
勤務先　施設名	グループホーム あまびえ	
勤務先　TEL／FAX	TEL：086－226－2888	FAX：　086－226－3557

■受講要件に関する情報

【介護業務従事歴の合計】	5 年　1　か月	
現在勤務している施設の介護業務従事歴	令和 6 年 4 月 1 日　～ 現在	
現在の施設・事業所・役職	事業所名：グループホーム あまびえ	現職：介護職
過去の介護業務従事歴　及び 事業所名・役職 ＊現在に近いものから順に記入してください。 本研修の受講要件は、「介護実務経験2年を有する方」です。 2年以上についての証明があれば、 全ての期間を証明する必要はありません。	従事歴①：　令和 2 年 4 月 1 日　～ 令和 6 年 3 月 31 日	
	事業所名：　おかやまデイサービスセンター	職名：介護職員
	従事歴②：　年　月　日　～　年　月　日	
	事業所名：	職名：
	従事歴③：　年　月　日　～　年　月　日	
	事業所名：	職名：
上記の業務内容＊まとめて記入	※上記に記入された現在および過去に従事していた業務の内容について、まとめて記入してください。	
受講希望理由 (受講者記入)	※ 受講者が記入してください。	
推薦理由 (所属長記入)	※ 必ず所属長もしくはそれにあたる方が記入してください	

■施設情報　＊現在の施設についてご記入下さい。

実践研修の修了者数	4　名	認知症専門ケア加算Ⅰ　：　(有)・無
実践リーダー研修の修了者数	2　名	認知症専門ケア加算Ⅱ　：　(有)・無
指導者養成研修の修了者数	0　名	認知症加算　：　有・(無)
次年度の受講予定人数	2　名	複数受講希望　：　1 番目　2 人中

※記載漏れ、誤記、添付書類不足など、不備がある場合は、選考の対象となりませんのでご注意下さい。

令和　7 年 5 月 10 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会　会長　殿

上記の者について、当施設(事業所)において上記のとおり勤務し、介護業務に従事していたことを証明します。
また、岡山県認知症介護実践研修(実践者研修)を受講させたいので推薦します。

所在地　岡山市北区南方2丁目13－1

法人名　社会福祉法人 岡山の会

代表者　岡山　花子　　公印

電話番号　086－226－2888

担当者　吉備　次郎