個別要件④（居宅推薦）

様式6

**推　薦　書**

令和　　7　年　　月　　日

埼玉県知事指定研修実施機関

一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会

　代表理事 石原　雅哉 様

市町村名

住　　所

市町村長名

担当者所属及び氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

　　　連絡先電話番号　　　　　－　　　　－

**下記の者を、令和7年度埼玉県主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名　（生年月日） | （昭和・平成　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 介護支援専門員の勤務年数 | 年　　　　　　　ケ月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属事業所の住所及び名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 他の業務との兼務の割合が、就業時間の二分の一を下回らないとする根拠  (個別要件④の対象者)  ※判断の基となる資料を添付 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定居宅介護支援事業者において、常勤の介護支援専門員として実務に従事した期間 | 平成・令和　　 年　　 月　　 日～現在も就業中(通算　　年　ヶ月） | | | | | | | | | | | | | | | |

【注意事項】

※証明書の真正性を確認するため、法人等へ連絡をさせていただくことがあります。

※証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。