

様式3

平成29年度 主任介護支援専門員研修受講推薦者名簿

市町村名：_____

担当課・係名：_____

担当者名：_____ 印

連絡先：_____

	氏名	介護支援専門員 登録番号	地域包括支援センター名	現在の業務	職種	推薦理由 (①又は②)
記入例	介護 太郎	43019999	地域包括支援センター くまもと	継続的・包括的ケアマネジメント	保健師	①
1						
2						
3						
4						
5						

※推薦理由 ①主任介護支援専門員その他これに準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている。

②主任介護支援専門員として配置予定。