**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

　　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　　　ヶ月 |

※　実務経験期間：基準日(受講年度の４月１日)までの期間