

# 推 薦 書

年 月 日

(北海道又は指定された法人名)

北海道知事又は法人代表 ○○○○ 様

市町村名

住 所

市町村長名 \_\_\_\_\_ 印

( 交付担当者所属及び氏名 )  
( 連絡先電話番号 - - )

次の職員を、北海道主任介護支援専門員更新研修の受講者として推薦します。

## 記

氏名	(大・昭・平・令 年 月 日生)
介護支援専門員 登録番号	
地域包括支援センター名	
職名	
地域包括支援センター 配置後の従事期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 ( 通算 年 ヶ月 )
推薦理由 (地域の介護支援専門員への 指導支援等の実績 等)	

※「推薦理由」欄には、介護支援専門員に対する研修の企画立案状況・地域における指導等の活動内容など、受講者として推薦した理由を具体的に記載してください。

## 実習指導者等証明書

年 月 日

(北海道又は指定された法人名)

北海道知事又は法人代表 ○○○○ 様

事業所名

住 所

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

( 交付担当者所属及び氏名  
連絡先電話番号      -      - )

次の者は、北海道介護支援専門員実務研修における実習指導者であることを証明します。

記

氏名	(大・昭・平・令 年 月 日生)
介護支援専門員 登録番号	
実習指導期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (合計 日間)