

様式7

個別要件④

## 推薦書

令和 6 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 長谷川 佳和 様

市町村名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

市町村長名 \_\_\_\_\_ ④

担当者所属及び氏名  
\_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

下記の者を、令和6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	(昭・平 年 月 日生)
介護支援専門員登録番号	
介護支援専門員の勤務年数	
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 (実施要領3(2)④アの対象者) ※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 か月)