

(様式1)

年 月 日

市町村の長 様

申請者所在地

法人名

代表者名

印

令和5年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

受講申請書

事業所所在地	
事業所名	
電話番号	
FAX番号	

以下の者について千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を申し込みます。

フリガナ 氏 名 (生年月日)	性別 年齢	職 種	備 考
(年 月 日)	男・女 歳		
住 所 〒			
事業所あて受講決定通知の送付先所在地 〒			

(様式2)

年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

市町村の長

千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講対象者について

このことについて、下記のとおり令和5年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講希望者を優先順位を付けて推薦します。

なお、別紙のとおり千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申請書(写)を添付します。

	法人名	受講希望者名	受講希望者役職名	優先順位
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(様式3)

年 月 日

千葉県知事 熊谷俊人 様

市町村の長

推 薦 書

下記の者について、下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

受講させたい 研修	令和5年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修		
推 薦 する 者	氏 名		
	事業所名	住所 : 電話 : F A X :	
	経験年数		
	既に受講し た研修		受講年次 (年)
			(年)
		(年)	
研修を受講す ることにより 基準を満たす 職名	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者		