（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６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６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６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　：ＦＡＸ： |
| 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 | □　開設者　　　　　□　計画作成担当者 |