

別記様式第2号（第3条関係）

主任介護支援専門員（更新）研修受講推薦依頼書及び法人同意書

年 月 日

（宛先）今 治 市 長

（受講申込者名）

※自署または記名押印

- 1 上記の者は、当法人が運営する地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所において、現に介護支援専門員として勤務しており、かつ、愛媛県等が定める主任介護支援専門員（更新）研修の受講要件を満たしています。
- 2 上記の者は、主任介護支援専門員（更新）研修を修了したとき、次に掲げるアからオの全てに協力し従事することを承諾しております。
 - ア 本市又は本市が委託した機関が行う事業に協力すること。
 - イ 支援困難事例の受入れに積極的に取り組むこと。
 - ウ 地区・地域への貢献や他の事業所の介護支援専門員に対する指導・助言など主任介護支援専門員としての役割を担うこと。
 - エ 本市が作成する主任介護支援専門員名簿への登録及び地域包括支援センターへの情報提供に協力すること。
 - オ 愛媛県等が行う介護支援専門員地域リーダー養成研修等に積極的に参加すること。
- 3 当法人は、主任介護支援専門員の制度上の位置づけに鑑み、この者が、今治市及び今治市が委託した機関が行う介護支援専門員を対象とした研修及び各種事業等に従事することに配慮いたします。

以上の事項について、当法人として相違ないことを確認し、主任介護支援専門員（更新）研修の受講生として推薦いただきたく、依頼します。

年 月 日

事業所名（勤務先）

事業所代表者名

印

法人名

法人代表者名

印