**推　薦　書　・　承　諾　書**

令和６年　　月　　日

東京都知事　殿

推薦者（所属長）

（法人名）

（施設・事業所名）

　　　　　　　　　　〒

（所在地）

（電話番号）

（職氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　（公印）

　下記の者を令和６年度東京都認知症介護指導者養成研修の研修生として推薦します。

　なお、研修修了後は、研修生が東京都認知症介護研修（東京都認知症介護実践研修等）の企画・立案に参画し、研修カリキュラムの検討、講義・演習の講師、本施設・事業所における実習の受け入れ・指導等に従事し、介護実務者の指導に携わることを承諾します。

記

１　被推薦者（受講申込者）氏名

２　推薦理由

※裏面もご記入ください。

３　被推薦者の施設・事業所におけるリーダーとしての勤務状況

４　施設・事業所における認知症介護についての考え方

５　研修生が東京都認知症介護指導者として行う活動に関する施設の考え方

（１）研修講師や地域の認知症ケアの向上に関する活動について

（２）施設・事業所における実習生の受け入れについて