

# 介護予防推進リーダー推薦申請書

年 月 日

山形県理学療法士会会長 殿

申請者： \_\_\_\_\_

会員番号： \_\_\_\_\_

介護予防推進リーダーの推薦を下記により申請します。

<介護予防推進リーダーの推薦基準> ※ 該当する基準番号を○で囲んでください。

- 1 3年以上の介護保険領域勤務者
- 2 会員歴5年以上かつ山形県理学療法士会部員、委員歴2年以上
- 3 介護認定審査員経験者
- 4 市町村が実施する介護予防事業の担当経験者
- 5 専門・認定理学療法士
- 6 山形県理学療法士会理事、監事、部長、委員長経験者
- 7 その他 地域包括ケアシステム推進対策本部が認めた者

7に該当すると思われる理由を詳細に記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

注1) 3、4に該当する方は、派遣依頼文書等を同封してください。

注2) 6の推薦基準については、地域包括ケア推進対策本部で協議し、承認の可否を通知します。

注3) 82円切手貼付の返信用封筒を同封の上、山形県理学療法士会事務局に申請してください。後日、承認可否の通知、ならびに推薦書をお送り致します。

本状の送付先・問い合わせ先

一般社団法人山形県理学療法士会 事務局 赤塚清矢

〒990-2212 山形市上柳260番地 山形県立保健医療大学内

E-mail : ypt-06@biscuit.ocn.ne.jp