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〇で囲んでください。

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

注１）２、３に該当する方は、派遣依頼文書等のPDFを添付してください。

注２）山形県理学療法士会事務局の下記メールアドレスへファイルを添付し申請してください。後日、承認可否の通知、ならびに推薦書をお送りいたします。

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　永瀬外希子

〒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