（別紙）福島県様式Ⅰ

年　　月　　日

令和６年度認知症介護指導者養成研修

　　　　　　　　受講申込書の取扱いに係る確認書

　募集要項の内容を踏まえ、研修受講申込書について、下記のとおり取扱い願います。

記

　介護保険事業所の長の推薦として申し込みます。

　なお、県の推薦者枠に選考されなかった場合、研修に係る費用は全額事業所で負担します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者名

（別紙）福島県様式Ⅱ

年　　月　　日

 福島県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者名

承　諾　書

 令和６年度認知症介護指導者養成研修について下記の職員を受講させることを承諾します。

　また、認知症介護指導者養成研修修了後は、福島県が実施する認知症介護実践者等養成事業における研修の企画・立案・運営に参画するとともに講師として従事することを承諾します。

記

１　受講者の職・氏名等

　(1) 所属施設名

　(2) 職　　　名

　(3) 氏　　　名

２　受講時期

　　受講時期については、福島県と認知症介護研究・研修仙台センターの調整に一任します。