認知症介護指導者養成研修受講同意書

令和　　年　　月　　日

（あて先）静岡市長　　難波　喬司　様

所在地　〒

法人名

代表者名

(職・氏名)

　令和６年度認知症介護指導者養成研修について、以下の職員を認知症介護指導者として推薦し、研修終了後は、指導者として活動することに協力及び配慮致します。

また、静岡市若しくは静岡市が指定または委託する事業者等が実施する認知症介護実践者等養成研修等に講師として参加することの依頼があったときは、特段の事情がない限りこれに応じることに同意致します。

住　　所　〒

氏　　名

所属事業所

※当該研修を受講された方は、研修修了後、認知症介護実践者等養成事業に係る各研修のカリキュラムの編成、講師等の業務に従事していただくことになります。この点は、市推薦の方も、事業者推薦の方も変わりはありませんので、ご承知ください。