承　　諾　　書

（別紙２）

　下記の者について認知症介護研究・研修大府センターの実施する「認知症介護指導者養成研修」を受講させることについて、承諾いたします。

　また、当該研修を受講させた者について、研修修了後は、京都府認知症介護指導者として京都府内の認知症介護実践研修等のカリキュラム作成及び認知症介護研修の研修講師として活動させることを承諾します。

記

　　　　所属部署

　　　　応募者氏名

　　　　生年月日　　　　昭和・平成　　　年　　月　　日

　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　（所属事業所）

　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者印）