同意書

川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課長　殿

　私は、認知症介護指導者養成研修の修了後は、認知症介護指導者としての役割（川崎市認知症介護指導者の会に積極的に参加し、認知症介護に関する研修の企画・立案、講義、演習、実習を担当すること）を担うことに同意します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　事業所名　　〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

　　　　　　　　　　氏　　名　　△△　□□　　　　　　　印