令和３年　　月　　日

川崎市健康福祉局長寿社会部

高齢者事業推進課長　殿

（法人名）

（事業所名）

（所属長名）

認知症介護指導者フォローアップ研修の受講に係る承諾について

次の者は、認知症介護指導者フォローアップ研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和３年度認知症介護指導者フォローアップ研修を受講することについて承諾します。

１　受講希望者氏名

　　氏　　名　〇〇　〇〇

　　生年月日　　年　月　日

２　所属

　　法人名　社会福祉法人〇〇〇〇

　　事業所名　〇〇〇〇

３　受講希望回

　　第一希望　　第○回

　　第二希望　　第○回