研　修　受　講　誓　約　書

令和　　年　　月　　日

徳島市長　殿

所在地

事業者　　名　称

代表者

　次の者は、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１８年厚生労働省令第３４号）の規定により修了しなければならないこととされている研修を修了していないため、速やかに当該研修を修了させ、修了証の写しを提出することを誓約します。

|  |
| --- |
| １　受講予定の者 |
|  | 氏　名 |  |
|  | 職　務 | 管理者 |
| ２　所属事業所 |
|  | 種　別 | 認知症対応型通所介護 |
|  | 施設名 |  |
|  | 所在地 | 〒　　　－　　　　 |
|  |  | 徳島県徳島市 |
|  |  |  |
|  | 連絡先 | TEL　　　　　－　　　　－ |
| ３　受講しようとする研修 | □　認知症対応型サービス事業管理者研修 |
|  | □　認知症介護実践研修（実践者研修） |
| ４　保有する資格、受講済みの研修等 |
|  | 資　格 |  |
|  | 研　修 |  |