

認知症介護指導者養成研修受講承諾書

令和 5 年 月 日

(あて先) 札幌市長

(所属法人)

住 所 〒

名 称

代表者

印

下記の者は、応募資格を全て満たしているため、令和 5 年度認知症介護指導者養成研修の受講を申込むことを承諾します。

1 対象者氏名

2 所 属 (施設・事業所名称及び役職)