

## 承 諾 書

下記の者について、認知症介護研究・研修東京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、研修修了後は、認知症介護指導者として次に掲げる事項について了知し、協力させることを承諾します。

- (1) 認知症介護指導者は、県が実施する認知症介護関係研修の企画立案への参画及び講師として従事すること
- (2) 認知症介護指導者は、介護保険事業所や地域包括支援センター等からの相談等に対するアドバイザー役となるほか、認知症支援関係機関間の連携づくりに協力すること
- (3) 認知症介護指導者は、その他認知症介護に関する県の取組みに対し協力すること
- (4) 認知症介護指導者の所属する事業所の長及び法人代表者は、(1)から(3)に掲げる認知症介護指導者の活動を支援すること

### 記

所属部署

申込者氏名

生年月日                      昭和・平成                      年                      月                      日

令和                      年                      月                      日

(所属事業所)

住 所

名 称

代表者名

Ⓜ

(代表者印)