資格要件として必須の研修を早期に受講する旨の誓約書

年　　月　　日

　　朝来市長　様

　　　法人等名称

代表者名

事業所名

　小規模多機能型居宅介護支援事業所、認知症対応型共同生活介護事業所及び、認知症対応型通所介護事業所において、配置に必要な研修修了要件を満たしておりません。以下の者に、直近の当該研修を修了させることを誓約いたしますので、受講申し込みに係る貴市の推薦をお願いするとともに、修了後は速やかに研修修了証の写しを提出いたします。

　また研修受講予定者に異動があった場合は、すみやかに報告し、指示に従います。

１．受講予定者の氏名

２．職名　（該当する職名に〇を記入してください。）

　　代表者（開設者）　　・　　管理者・　　計画作成担当者

３．受講予定の直近の研修名　（該当する□に☑を付け、時期を記入してください。）

□　　認知症介護実践研修（　　　年　　月予定）

□　　認知症対応型サービス事業開設者研修（　　　年　　月予定）

□　　認知症対応型サービス事業管理者研修（　　　年　　月予定）

□　　小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（　　　年　　月予定）

４．資格要件を満たさない理由