

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○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