

滋賀県認知症介護実践者研修の受講にかかる誓約書

平成 年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会
会 長 渡 邊 光 春 様

平成21年3月26日付老発第0326003号厚労省老健局通知で規定する認知症介護実践者等養成事業実施要綱に基づく標記研修について、法定研修を受講する事の意義とその重要性を認識いたしますとともに、次の各事項ならびに研修受講時に指示された事項等を遵守のうえ受講させることを誓約いたします。

なお、各事項に違反いたしました場合、指示事項を遵守しなかった場合は、受講取り消し等となっても依存ありません。

- ◆ 研修に、遅刻、早退、欠席等いたしません。
- ◆ 研修受講にあたっては、研修の目的を十二分に理解したうえ、主体的・意欲的かつ積極的に研修を受講します。
- ◆ 研修中は、主催者・運営主体等事務局、ならびに講師、研修指導者の指示事項を遵守いたしますほか、研修受講に専念し、研修運営の妨げとなるような言動等を一切いたしません。

上記の事項を承知のうえ、研修を受講させることを誓約いたします。

【申込者(法人) 職・氏名・押印】

法 人 名

施設・事業所名 _____

代表者 職名・氏名 _____ 印

上記の事項を承知のうえ、研修を受講することに同意します。

【受講者本人 直筆・押印】

受 講 番 号 _____

所属事業所名 _____

氏 名 _____ 印