令和　　年　　月　　日

長崎県知事　様

同意書

　令和７年度認知症介護指導者養成研修受講申込にあたり下記内容に同意します。

1. 研修修了者については、認知症介護関係研修（認知症介護基礎研修、認知症介護実践研修等）の企画・立案への参画および講師として従事すること。
2. 申込書に不実や虚偽の記載があった場合には、受講決定・修了を取り消すものとし、県の支出した費用は受講者を推薦した介護保険事業所等の長が負担するものとする。また、受講決定後、受講・修了できなかった場合についても同様とする。

【受講者同意欄】

住　　　　所　　〒　　　-

（自宅）

受講申込者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜以下、重要＞必ず、１か２のいずれかを選択し、番号を○で囲むこと。

１　県の推薦から漏れた場合でも、受講にかかる経費を全額負担するので、介護保険事業所等推薦者として、認知症介護研究・研修東京センターによる選抜考査を希望します。

２　県の推薦から漏れた場合は、今年度の研修受講を辞退します。

【推薦者同意欄】

住　　　　所　　〒　　　-

介護保険事業所等名

介護保険事業所等の長名（開設者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印