

令和6年 月 日

認知症介護研究・研修大府センター長 様

〈 所属事業所名 〉

〈 代 表 者 名 〉

承 諾 書

令和6年度認知症介護指導者フォローアップ研修の対象として、次の者の申込みを承諾します。

記

回次：第 回（令和6年 月 日 ～ 月 日）

氏名：

所属：