令和７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７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　年　月　日 ～ 　月　日）

氏名：

所属：