

【様式2】

一般社団法人 新潟県老人福祉施設協議会
平成30年度 認知症介護実践者研修

受講依頼書兼実習生受入承諾書

平成 年 月 日

一般社団法人 新潟県老人福祉施設協議会

会 長 高 橋 是 司 様

(事業所住所)

.....

(事業所名)

.....

(施設長名)^印

(TEL)

次の職員について、一般社団法人新潟県老人福祉施設協議会平成30年度認知症介護実践者研修の受講を依頼します。

また、受講が決定した際に、他施設実習における実習生受け入れの依頼があった場合は、それを承諾いたします。

職員氏名	所属施設・事業所名	職名