

意向確認書

平成 年 月 日

岐阜県知事 様

所在地 _____

法人名 _____

代表者 _____ 印 _____

下記事項について、相違ないことを法人（事業所）及び受講希望者において確認しました。

記

1 研修修了後の研修受講者の業務について

※下記の内容を確認いただき、①②ともにレ印を付けてください。

- ①認知症介護実践研修等の企画・立案に参画し、又は講師として積極的に従事します
- ②地域ケアを推進する役割を担うよう、尽力します

2 県が受講料を補助する岐阜県枠の希望の有無について

※次の中から該当するものにレ印を付けてください。

- 岐阜県推薦枠を希望する

（→岐阜県推薦枠から外れた場合

介護事業所又は個人負担での研修受講を希望する

介護事業所又は個人負担での研修受講を希望しない

- 岐阜県推薦枠を希望しない