

## 認知症介護指導者養成研修申込書

令和 年 月 日

さいたま市保健福祉局長寿応援部いきいき長寿推進課長 あて

法人名・介護保険事業所名

介護保険事業所長名

受講申込者は、研修終了後にさいたま市の認知症介護指導者として、認知症介護に関する研修等の企画・立案に参画し、又は講師として従事することについて同意した上で、標記研修の参加について、以下の区分により申し込みます。

(該当の区分に○をつけてください)

- さいたま市（指定都市）の推薦による受講を希望します。
- さいたま市の推薦（指定都市）による受講を希望しますが、市の推薦が受けられない場合は、介護保険事業所長の推薦（事業所推薦）による受講を希望します。
- 介護保険事業所長の推薦（事業所推薦）による受講を希望します。

※ **さいたま市の推薦**：受講料の全額を市が負担します（その他の費用は自己負担）。  
**介護保険事業所長の推薦**：受講料等は自己負担となります。

受講申込者	
所属施設名	
役職名	