

別紙2

同 意 書

年 月 日

栃木県知事 福田 富一 様

所在地 〒

法人名

代表者名

印

受講希望者氏名

受講者が、認知症介護指導者養成研修修了後、認知症介護指導者として栃木県が実施する認知症介護実践研修等の企画・立案及び講師として業務に従事することに協力するとともに、地域ケアを推進する役割を担うことについて、同意します。

また、栃木県が実施する認知症介護実践リーダー研修等における実習施設として、受講者の受け入れに協力することについて、同意します。