認知症介護指導者フォローアップ研修受講承諾書

令和　年　月　日

横　浜　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属法人等名）

 住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　下記の者が令和５年度認知症介護指導者フォローアップ研修の受講に申込むことを承諾いたします。

　　１　対象者氏名

　　２　所　　　属