

(様式2)

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
平成 21 年度 認知症介護実践研修 (実践リーダー研修)

受講依頼書兼実習生受入承諾書

平成 年 月 日

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
会 長 中 田 清 様

(法 人 住 所)

.....
(法 人 名)

(法人代表者氏名) 印

(法 人)

次の職員について、公益社団法人 全国老人福祉施設協議会平成 21 年度認知症介護実践研修 (実践リーダー研修) 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
	(注)様式 1- 1 と統一してください	(注)様式 1- 2 と統一してください