

(様式 2-①)

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
平成 24 年度 認知症介護実践リーダー研修

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 TEL)

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 23 年度認知症介護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
	(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