別添様式

　　年　　月　　日

京　都　市　長　　様

（事業所所在地）

（事業所名）

（代表者名）

認知症介護指導者養成研修の受講申込みについて

次の者は、認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和６年度認知症介護指導者養成研修の受講者として申し込みます。

第　回（　　　年　　月　　日～　　月　　日）

　氏名

　所属