**厚生労働大臣の定める研修を受講させる旨の誓約書**

　　　　年　　月　　日

石巻市長　　　　　　　　　殿

所 在 地

名　　称

代表者名

『「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について』において規定された厚生労働大臣が定める研修を、下記事業所の（開設者・管理者・計画作成担当者）として就任する下記の者について、下記のとおり受講させることを誓約いたします。

なお、研修修了後は、速やかに修了証の写しを提出いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 職種 | 開設者・管理者・計画作成担当者 |
| 上記職種に係る研修修了者を配置できなくなった理由・経緯等 |  |
| 研修を受講する者の  氏名 |  |
| 受講する研修の名称 |  |
| 研修を修了する時期 | 年　　月　　日 |