令和６年度認知症介護指導者養成研修

同意・意向確認書

令和　　　年　　　月　　　日

宮城県知事　村　井　嘉　浩　殿

　（本　人）

住　所　〒

　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

１　研修修了後、認知症介護指導者として以下の役割を担うことに同意しますか。

　　下記選択肢のいずれか一方を○で囲んでください。

（　します　　・　　しません　）

【認知症介護指導者が担う役割】

　・県内の認知症介護に関する研修の企画及び講師として、年間１０回程度協力すること。

・介護保険事業所等や地域包括支援センター等からの相談等に対するアドバイザー役となるほか、認知症地域支援体制の構築等への協力を行うこと。

・県及び県内市町村が実施する認知症対策の関連事業に協力すること。

２　県が受講料を負担する推薦者として選考されなかった場合、事業所又は本人の受講料負担で受講を希望しますか。

下記選択肢のいずれか一方を○で囲んでください。

（　します　　・　　しません　）