　　年　　月　　日

上尾市長

所　在　地

事業者　　名　　　称

代表者職・氏名

管理者の研修受講に関する誓約書

　次の者は、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（平成１８年厚生労働省令第３４号）の規定により修了しなければならないこととされている認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していないため、速やかに当該研修を修了させ、修了証の写しを提出することを誓約します。

1. 事業所情報

　　　　事業所名

　　　　事業所番号

サービス種類

1. 管理者の氏名

1. 管理者が修了済みの研修・保有している資格

1. 研修申込（予定）年月

　　　　　　　　年　　　　月

1. 研修修了予定年月

　　　　　年　　　　月

1. 備考

1. 添付書類

・申込が完了している場合は、申込が完了したことを証明する書類（研修受講決定通知又は研修申込完了画面等）を添付してください。

・申込が完了していない場合は、完了次第速やかに申込が完了したことを証明する書類を提出してください。