

研修受講確約書

令和 年 月 日

久留米市長 様

法人名

代表者職・氏名 ⑨

以下の者は、「久留米市指定地域密着型サービスの人員、設備及び運営等の基準に関する条例」及び「久留米市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等の基準に関する条例」に規定する配置に必要な研修を修了していないため、直近の研修を受講させることを確約します。なお、研修の受講を修了した際は、研修修了書の写しを速やかに提出いたします。

受講予定の研修を修了しなかった場合、介護給付費の減算規定のある職種については、人員基準欠如が発生した翌々月から減算を行います。

また、研修受講予定者に異動があった場合は、速やかに久留米市介護保険課に報告いたします。

事業所名	
受講予定者	(本人自署) ⑨
就任日、職種 (職種は、いずれかを○で 囲んでください。)	令和 年 月 日 代表者 ・ 管理者 ・ 計画作成担当者
受講予定研修名 (研修名は、いずれかを○で 囲んでください)	令和 年度 第 回 ・ 認知症介護実践者研修 ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修 ・ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 ・ 認知症対応型サービス事業開設者研修 (令和 年 月 修了予定)
研修修了者が配置できず、 人員基準欠如となった理由	