

年 月 日

福 山 市 長 様

所在地

(個人にあつては、住所)

事業(開設)者 名 称

代表者職・名前

(個人にあつては、名前)

### 研修受講誓約書

次の者は、基準上必要とされている研修を受講していないため、次回の研修を申込み、受講することを誓約します。なお、次回受講予定としている研修を事業者側の都合により修了できなかった場合、減算規定のある職種については、通常の減算の算定方法に基づき、介護報酬の減算を行います。

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 事業所名   |                     |
| 名前     |                     |
| 職種     | 代表者 ・ 管理者 ・ 計画作成担当者 |
| 研修名    |                     |
| 研修受講時期 |                     |
| 名前     |                     |
| 職種     | 代表者 ・ 管理者 ・ 計画作成担当者 |
| 研修名    |                     |
| 研修受講時期 |                     |