多摩市長　殿

同意書

私及び事業所は、多摩市の推薦を受けて東京都主任介護支援専門員研修（もしくは更新研修）を修了し、名簿登録された場合には、受講申込者が以下の協力を行うことに同意します。また、勤務先の変更・退職時には、多摩市健康福祉部介護保険課まで、その旨を連絡します。

1 多摩市が行う事業（研修会講師等）に派遣依頼があった場合は協力をすること。

2 多摩市及び地域包括支援センター等からの支援困難事例の受け入れに積極的に取り組

むこと。

3　多摩市地域ケア会議に積極的に参加し、事例の提供等を通じ課題の把握、解決に

協力すること。

4 地域貢献や他の事業所の介護支援専門員に対する指導・助言などの役割を担うこと。

　　　　　　 　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　 氏　 　 名 　 　　　　　　　　　　　　　㊞

（受講申込者）

生　年　月　日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　（勤務先）　事　業　所　名

　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞