様式第２号

誓約書

年　　月　　日

奈良県知事　様

申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び代表者名

　　　㊞

　奈良県認知症介護実践研修（リーダー研修）実施機関の指定申請にあたり、奈良県認知症介護実践研修（リーダー研修）実施機関指定事務取扱要領３に定める基準を満たしていることを誓約します。