

令和 年 月 日

実習受入事業所 御中

受講者	
氏名	
住所	
電話番号	

沖縄県介護支援専門員実務研修 実習同意書

実習受入事業所	事業所名称			
	実習指導者氏名 (原則1名)			
	住所			
	TEL		FAX	
実習期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
実習内容	<ul style="list-style-type: none">●模擬ケアプラン作成実習●見学・観察実習			

介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、下記の事項に同意します。

1. 実習期間中は、受入事業所の就業規則等を遵守します。
2. 実習期間中は、受入事業所の実習担当者並びに研修実施者の各担当者の指示に従います。
3. 実習期間中の通勤費、食費その他実習に要する費用は、自己負担とします。
4. 実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に漏洩しません。実習終了後も同様とします。
5. 研修中に過失等により、自己または実習協力者等に損害を与えた場合は、その損害賠償の責任を負うものとします。
6. やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず研修実施機関や受入事業所の担当者へ連絡します。

令和 年 月 日

受講者署名

※原本を必ず2通作成し、1通を実習受入事業所へ提出する。残り1通は県協会へ提出する。

※実習同意書の記入は、すべて受講者が記入すること。