

沖縄県介護支援専門員実務研修 実習に関する同意書

(ケアマネジメントプロセスへの同行・見学)

私は、沖縄県介護支援専門員実務研修にかかる実習（以下「実習」という。）について、下記のとおり説明を受け、協力することに同意します。

記

- 1 本実習は、介護支援専門員の資格を取得するための実務研修において、必須とされている科目であり、実習現場での一連のケアマネジメントプロセス経験を通じて、実践にあたっての留意点や今後の学習課題を認識するために行うものです。
- 2 実習では、実習生及び実習指導者があなた（利用者様）のご自宅等を訪問させていただき、面接場面やサービス担当者会議等を見学・実習させていただきます。
- 3 実習生への個人情報の提供は、実習における必要最小限にとどめることとし、実習生は、実習により知り得た個人情報を実習以外の目的に使用したり、他に漏らすことはしません。実習終了後も同様とします。
- 4 実習中及び実習後において、あなた（利用者様）の不利益になることは一切行いません。

令和 年 月 日

見学するプロセス	実習受入事業所名 _____
<input type="checkbox"/> インテーク（受付・相談）	実習者 氏名 _____
<input type="checkbox"/> アセスメント実施	実習協力者（利用者様）氏名 _____
<input type="checkbox"/> プランニング実施	代筆者 氏名 _____
<input type="checkbox"/> モニタリング実施	（利用者ご家族）
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の準備・同席	
<input type="checkbox"/> 給付管理	

実習受入事業所名 _____

実習者 氏名 _____

実習協力者（利用者様）氏名 _____

代筆者 氏名 _____

（利用者ご家族）

【実習協力者 → 実習受入事業所】