



(様式3)

年 月 日

殿

(実習受入れ事業者)

実習生氏名
実務研修受講番号
電話番号

福岡県介護支援専門員実務研修実習同意書

実習事業所	
実習期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
<p>介護支援専門員実務研修の実習を受講するにあたって、下記の事項に同意します。</p> <p>1. 実習期間中は、受入事業所の就業規則等を遵守します。</p> <p>2. 実習期間中は、受入事業所の実習担当者、福岡県及び研修実施者である福岡県介護支援専門員協会並びに福岡県社会福祉協議会の各担当者の指示に従うものとします。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5. 実地研修中に故意又は過失により、利用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。</p> <p>6. やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず受入事業所、福岡県及び福岡県介護支援専門員協会並びに福岡県社会福祉協議会の担当者へ連絡します。</p> <p>7. 上記について、遵守出来なかった場合、研修中止等となっても異議申し立てはしません。</p> <p>年 月 日</p> <p>実習生氏名 (印)</p>	

作成後、コピーを2部とり、
1部 本人保管
1部 実施団体提出 → 実務研修9日目に提出
原本は、実習受入れ事業者に提出