

(様式第3号)

青森県介護支援専門員実務研修実習同意書

令和 年 月 日

(青森県介護支援専門員実務研修指定実施機関)

公益社団法人青森県介護支援専門員協会長 様

受講者

受講番号

氏 名

住 所

電話番号

実習事業所名	
実習期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)
<p>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。</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、受入事業所の実習指導者及び青森県介護支援専門員実務研修指定実施機関担当者の指示に従います。</p> <p>3 実習期間中の交通費、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 実習中に過失等により、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。</p> <p>6 やむを得ない事情で、実習を休止または中止するときは、必ず青森県介護支援専門員協会（実務研修指定実施機関）及び受入事業所の実習指導者へ連絡します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">受講者氏名（自署）_____</p>	

※実習の日程調整が完了次第、青森県介護支援専門員協会事務局宛に送付または研修時に提出してください。