

規程様式第 1

年 月 日

(宛先)

(実習生)

氏 名

住 所

電話番号

秋田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)
実習内容	
介護支援専門員実務研修実習を受けるに当たって、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、受入事業所の実習指導者並びに秋田県及び秋田県社会福祉協議会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。 5 実習期間中に過失等により、実習協力者等に損害を与えた場合は、速やかに秋田県社会福祉協議会へ連絡します。 6 やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず秋田県及び秋田県社会福祉協議会の担当者、受入事業所へ連絡します。 年 月 日 実習生氏名 _____	

※ この様式は、秋田県社会福祉協議会あてと実習受入事業所あての2通が必要です。宛先については、秋田県社会福祉協議会に相談してください。