

年 月 日

埼玉県介護支援専門員実務研修実習受入事業所長 様

実習生氏名
受講番号
住 所
電話番号

埼玉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	「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」 (合計実習時間数 3 日程度相当、18 時間以上)
<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> <ol style="list-style-type: none">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埼玉県及び埼玉県社会福祉協議会（研修実施主体）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. 実地研修中に過失等により、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。6. やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず埼玉県社会福祉協議会の担当者、受入事業所へ連絡します。 <p>年 月 日</p> <p>実習生氏名 _____ (印)</p>	