※２通作成する

①実習生 → 実習受入事業所　②実習生 → 県社協

様式３

令和　　年　　月　　日

（社福）広島県社会福祉協議会事務局長　様

　　　　　　　　　　　　　　　管理者　様

実習生名 　　　　　　　　　［　　　　　　　　］

受　　講

決定番号

　住　　所

電話番号

広島県介護支援専門員実務研修　実習同意書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習事業所 |  | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | |
| 実習日 | 全　 　日間 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | |
| 実習内容 |  | | | | | |
| 介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、次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、受入事業所の実習担当者並びに広島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、必ず広島県社会福祉協議会の担当者、受入事業所へ連絡します。  令和　　　年　　　月　　　日  申請者名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |

※各事業所にて保管してください。　　　　　　　　　　（自署の場合は押印の省略可）