（様式第３-④号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入同意書

　　　　年　　月　　日

受講番号　実務　　-

（受講者氏名）　　　様

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　公印

|  |  |
| --- | --- |
| 実習事業所 |  |
| 実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実習内容 |  |
| 介護支援専門員実務研修実習指導にあたって、下記の事項に同意します。  １　実習上知り得た、貴殿及び貴殿が所属する団体に関する情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に決して漏洩しません。また、修了・未修了に関係なく、実習後も永続して守秘義務を遵守して個人情報は漏洩しません。  ２　今回の実習での貴殿に対する評価は貴殿、研修実施機関以外には一切公表しません。  　　　　　年　　　月　　　日  実習指導者氏名（自署）　　　　　　　　　　　㊞ | |

（様式第４号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

　　　　年　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　公印

　　　　　年　　月　　日付けで依頼のありました介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導者名 |  | 連絡先 |  |
|  |
|  |
|  |

（様式第５号）

長野県介護支援専門員実務研修実習実施報告書

　　　　年　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　印

　介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | 受講番号 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 実習期間 | 実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | |
| 時間数 | 時間 | | |
| 実習指導者氏名 |  | | 連絡先 |  |

※別紙実習Ⅱ記録シート（実習指導者用）を添付してください。

※受講者ごとに報告してください。

（様式第６号）

長野県介護支援専門員実務研修実習協力経費請求書

　　　　年　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

請求者

　 　住所（〒　　　－　　　　）

　 　法人名

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　印

　介護支援専門員実務研修実習の経費について、下記のとおり請求します。

記

**金　　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 受講者氏名 | １ |  | | | |
| ２ |  | | | |
| ３ |  | | | |
| ４ |  | | | |
| 支払  口座 | 金融機関名 |  | | | | |
| 支店名※ |  | | | | |
| 口座番号 |  | | | | 普通・当座 |
|  |  | | | | |
|  | | | | |
| 担当者 | 担当者名 |  | | 連絡先 |  | |

　　　　※ゆうちょ銀行の場合は、支店名は漢数字３ケタを記入してください。