

(様式第3-③号)

長野県介護支援専門員実務研修実習実施同意書

令和 年 月 日

長野県介護支援専門員実務研修
実習受入協力事業所代表者 様

受講者

受講番号

氏 名

住 所

電話番号

実習事業所	
実習期間	年 月 日～ 年 月 日
実習内容	ケアマネジメントプロセスの見学実習
<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、貴事業所の就業規則等を遵守します。2 実習期間中は、貴事業所の実習指導者及び長野県指定介護支援専門員研修実施機関担当者の指示に従います。3 実習上知り得た貴団体及び貴団体の連携機関に関する情報は、組織・個人に関する情報に問わず、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。 また実習遂行上必要がないとされる情報の提供を行わず、営業・宣伝活動等を行いません。4 実習中に過失等により、貴団体の備品、関係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。5 やむを得ない事情で、実習を休止または中止するときは、必ず長野県指定介護支援専門員研修実施機関の担当者及び受入事業所の実習指導者へ連絡します。 <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">実習者氏名 (自署) ㊞</p>	