第６号様式

 　　　　　　　　　年　　月　　日

　社会福祉法人

石川県社会福祉協議会　御中

**石川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あたって、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石川県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．実習期間中の交通費、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、実習期間中はもとより、実習終了後においても、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、必ず石川県介護支援専門員研修実施機関担当者及び受入事業所の実習指導者へ連絡します。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習生氏名　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |