(様式第４号)

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

令和　年度岩手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 | 令和　　年①　　　月　　　日、②　　　月　　　日、③　　　月　　　日、④　　　月　　　日、⑤　　　月　　　日計　　　日間 |
| 実習内容 | 岩手県介護支援専門員実務研修実習実施要領による内容１　アセスメント見学　　　　　　　５　給付管理業務見学２　居宅サービス計画作成見学　　　６　アセスメント３　サービス担当者会議の同席　　　７　居宅サービス計画等作成　※注1４　モニタリング見学 |
| 介護支援専門員実務研修実習に臨むにあたり、下記の事項に同意します。１　実習期間中は、実習事業所の就業規則等を遵守します。２　実習期間中は、実習事業所の実習指導者及び研修事務局の指示に従います。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　個人情報ほか実習上知り得た全ての情報は、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　実習期間中に過失等により実習協力者等に損害を与えた場合、その損害賠償の責任を負います。また、同期間中の事故及び災害による責任は、事業所の過失等を除き、その責任を負います。６　やむを得ない事情で実習を休止または中止する時は、必ず実習事業所及び研修事務局へ連絡します。７　服装、挨拶等、社会人としての心構え、マナー、接遇等に留意します。　　令和　　　　年　　　　月　　　　日受講者氏名(自署)：　　　　　　　　　　　　　　　　出席番号：　　　　　　（日中の連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　） |

※注1　受講者による自己学習です。