別紙　–　３-１

規程様式第１

　年　　月　　日

社会福祉法人　秋田県社会福祉協議会長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(実習生)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

秋田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７年１月１５日から令和７年２月１３日までのうち３日間程度 |
| 実習内容 | 実習指導者との同行訪問、居宅サービス計画立案、サービス担当者会議等の一連のケアマネジメントに関する見学及び実習 |
| 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、受入事業所の実習担当者並びに秋田県及び秋田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、速やかに秋田県社  会福祉協議会へ連絡します。  ６．やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず秋田県及び秋田県社会福  祉協議会の担当者、受入事業所へ連絡します。  令和　　年　　月　　日  （実習生）  氏　　名 | |

※　実習生が秋田県社会福祉協議会へ提出します。