

年 月 日

一般社団法人北海道介護支援専門員協会  
会 長 様

実習生氏名  
住所  
電話番号

北海道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	居宅介護支援事業所における見学実習及び居宅サービス計画の作成
<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"><li>1. 実習期間中は、実習先事業所の就業規則等を遵守します。</li><li>2. 実習期間中は、実習先事業所並びに一般社団法人北海道介護支援専門員協会の担当者の指示に従います。</li><li>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。</li><li>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。研修を終えた後も同様とします。</li><li>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は、その損害賠償の責任を負うものとします。また、実習期間中における事故及び災害等による責任を負うものとします。</li><li>6. やむを得ない事情で、実習を休止または中止するときは、必ず一般社団法人北海道介護支援専門員協会の担当者及び実習先事業所へ連絡します。</li></ol> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ (印)</p>	