第５号様式

　　年　　月　　日

事業所名

担当者名

電話番号

北海道介護支援専門員実務研修実習同意書（実習協力者）

|  |  |
| --- | --- |
| 実習目的 | 介護支援専門員実務研修を受講中の実習生が、現場で一連のケアマネジメントプロセスを経験することにより、実践へ向けた留意点や今後の学習課題等を認識できるようにする。 |
| 実習生氏名 |  |
| 訪問予定日時 | 年 月 日　　　午前・午後　　　時　　　分 |
| 実習内容 |  |
| 私は上記事業所担当者から説明を受けた介護支援専門員実務研修の実習について、趣旨を理解した上で、実習生の同席及び実習に必要な情報を提供することに同意します。 　　年 　　月 　　日氏　名 ご本人による署名が難しい場合の代筆者（ご家族）氏　名  |