様式５

実習生→事業所

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（居宅介護支援事業所名）

　　　　　　　　　　　　　様

令和５年度新潟県介護支援専門員実務研修見学実習同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日間） |
| 実習内容 | ・アセスメントの実施  ・居宅サービス計画書の作成  ・サービス担当者会議の準備・同席  ・モニタリングの実施  ・給付管理業務の方法 |
| 新潟県介護支援専門員実務研修見学実習を受けるにあたり、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新潟県及び一般社団法人新潟県介護支援専門員協会（研修実施主体）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、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、必ず受入事業所へ連絡します。  　　　年　　　月　　　日  住所  電話番号  受講者番号  実習生氏名（自署） | |