実習実施様式第６号

平成　　年　　月　　日

　（事業所名）

（代表者氏名）

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　　長　　　二　　井　　　隆　　一

山口県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書

　山口県介護支援専門員実務研修実習を下記のとおり受入れていただきたく依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者（実習生） | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 実習期間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実習内容 | 見学・観察実習 |
| 備　　考 |  |
| 研修実施機関（担当者名） |  | 連絡先 |  |

実習実施様式第７号

平成　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　二井　隆一　様

所在地

事業所名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

山口県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

　山口県介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  受講者（実習生） | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 実習期間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実習場所 | 　 |
| 実習内容 | 見学・観察実習 |
| 実習指導者名 |  | 連絡先 |  |

※本紙は平成３１年　１月１０日（金）までにご返送ください。

実習実施様式第８号

研修受講者提出用

平成　　年　　月　　日

　　　　　様

受講番号

受講者氏名

　　　　　住所

電話番号

山口県介護支援専門員実務研修実習同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 受入協力事業所 |  |
| 実習期間 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実習内容 | 見学・観察実習 |
| 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、受入協力事業所の就業規則等を遵守します。２．実習期間中は、受入協力事業所の実習担当者及び山口県介護支援専門員協会（研修実施機関）の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．実習中に過失等により、実習協力者等に損害を与えた場合は、受講者もしくは実施機関がその損害賠償の責任を負うものとし、その責任の範囲は実施機関が加入する賠償責任保険の範囲内で対応します。６．やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず山口県介護支援専門員協会（研修実施機関）の担当者、受入協力事業所へ連絡します。平成　　　年　　　月　　　日氏名　　　　　　　　　　　　　　 |

 実習実施様式第９号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　二井　隆一　様

所在地

事業所名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

山口県介護支援専門員実務研修報告書兼評価書

　山口県介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者（実習生） | フリガナ氏　　名※実習生全員のお名前を記載してください。 | ・・・ | ・・・ |
| 実習事項 | 実習期間 | 　年　　月　　日～　　年　　月　　日※受講生が複数の場合は最初に実習に入られた方の開始日から、最後に実習を終えられた方の最終日を記載してください。 |
| 実習内容 | 見学・観察実習 |
| 受入事業所のコメント |  |
| 実習指導者氏名 |  | 連絡先 |  |

※別紙、情意評価表は実習生お一人につき１枚記載し、添付してください。

※本紙は平成３１年　３月　８日（金）までにご返送ください。