

実習実施様式第 8 号

令和 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	令和 8 年 1 月 2 2 日～ 令和 8 年 3 月 6 日
実習内容	見学・観察実習
<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> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 _____</p>	