

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様

実習生受講番号

実習生氏名

住所

電話番号

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	令和6年1月23日～令和6年3月20日のうち3日程度
<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">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、受入事業所の実習指導者及び群馬県並びに群馬県社会福祉協議会の各担当者の指示に従います。3. 実習期間中の通勤費、その他実習に要する費用は、自己負担とします。4. 実習上知りえた情報は、研修以外の目的で使用しません。また第三者に漏らしません。5. 実習において、故意または過失等により、事業所及び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、実習を休止または中止するときは、必ず受入事業所及び群馬県社会福祉協議会の担当者へ連絡します。 <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">実習生氏名 _____</p>	