様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 受講者　→　県社協

福島県介護支援専門員実務研修 見学学習

 実習先報告書・実習同意書

　　　　年　　月　　日

福島県社会福祉協議会 会長　様

介護支援専門員実務研修の実習先（実習受入事業所）について報告します。

なお、実習は実施要領第２項に基づき、概ね３日間程度（１８時間以上）の期間にて行うこととします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定番号 |  |  |
| フリガナ |  | 携帯電話番号（緊急連絡用） |
| 氏　名 |  |  |
| 実習先（実習受入事業所名） |  |

介護支援専門員実務研修の実習を行うにあたり、つぎの事項に同意します。

|  |
| --- |
| １　実習期間中は、実習受入事業所の就業規則等を遵守します。２　実習期間中は、実習受入事業所の実習指導者及び福島県社会福祉協議会の担当者の指示に従います。３　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。４　やむを得ない事情で、実習を休止または中止するときは、必ず福島県社会福祉協議会の担当者及び実習受入事業所の実習指導者へ連絡します。５　実習期間中の交通費、食費その他実習に要する費用は、自己負担とします。　　　年　　　月　　　日受講者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　㊞ |