

第5号様式

令和 年 月 日

岡山県介護支援専門員実務研修 実習受入事業所

管理者 様

管理番号 【 】

実習生氏名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

岡山県介護支援専門員実務研修 実習同意書

実習受入事業所	
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、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担当者並びに岡山県及び研修実施機関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。 なお、SNS等への投稿等も一切行いません（匿名化した場合でも同様）。 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、必ず研修実施機関の担当者、実習受入事業所へ連絡します。 令和 年 月 日 実習生氏名 _____ 印	

第5号様式

見学実習先の事業所へ初めて行く
日付を記載してください。

記載例

令和 5 年 ○ 月 ○ 日

岡山県介護支援専門員実務研修 実習受入事業所

〇〇〇居宅介護支援事業所

管理者 様

「見学実習事業所決定通知書」に記載
してある事業所名を記載してください。

ご自身の「管理番号」「氏名」「自宅住所」
「電話番号」を記載してください。

管理番号 【 〇〇〇〇 】

実習生氏名 岡山 花子

住 所 岡山市北区南方 1-0-0

電話番号 090-▲▲▲▲-0000

岡山県介護支援専門員実務研修 実習同意書

実習受入事業所

〇〇〇居宅介護支援事業所

「見学実習事業所決定通知書」に記載し
てある事業所名を記載してください。

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、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担当者並びに岡山県及び研修実施機関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。
なお、SNS等への投稿等も一切行いません（匿名化した場合でも同様）。
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、必ず研修実施機関の担当者、実習受入事業所へ連絡します。

見学実習先の事業所へ初めて行く
日付を記載してください。（上記日付と同じ日）

令和 5 年 月 日

実習生氏名 岡山 花子

岡山 ⑤

ご自身の氏名を記載し、必ず印鑑を
押印してください。