

香川県介護支援専門員実務研修
研修実施機関 代表者 様

実習生氏名

住所

電話番号

香川県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	年 月 日～ 年 月 日 (概ね 日間)
<p>私は、香川県介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたり、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、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、実習受入事業所の指導者並びに香川県及び研修実施機関の各担当者の指示に従います。3 実習に要する費用は、自己負担とします。4 実習中に知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、実習期間中及び実習終了後において第三者に漏洩しません。5 実地期間中に過失等により、実習受入事業所及び実習協力者（利用者等）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 やむを得ない理由で、実習を休止又は中止するときは、必ず実習受入事業所及び研修実施機関の担当者に連絡します。	