第７号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

実習受入事業所　代表者氏名　　様

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  |
| 氏　　名 | 印 |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　（　　　歳） |
| 実習期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日  　　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分  ※概ね３日間、１８時間以上 |
| 誓約事項 | | 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。 5. 実習中に故意又は過失等により、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、必ず実習受入事業所及び研修実施機関の各担当者へ連絡します。 |
| 研修実施機関 | |  |

※氏名自署の場合は、押印を省略することができます。