第９号様式

 　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

研修実施機関の長　様

実習生氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　住所

電話番号

和歌山県介護支援専門員実務研修実習誓約書

|  |  |
| --- | --- |
| 実習受入事業所 |  |
| 実習期間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日間） |
| 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。

　　　　年　　　月　　　日実習生氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※氏名自署の場合は、押印を省略することができます。