第４号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

佐賀県介護保険事業連合会　会長　様

所在地

　事業所名称

代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

担当者氏名

佐賀県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

　介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 実習期間 | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 実習場所 | |  | | |
| 実習内容 | | 「ケアマネジメントプロセスの見学及び実習」（概ね3日間24時間程度）  ・インテーク・アセスメント・計画原案の作成  ・モニタリングの実施・サービス担当者会議の準備・同席  ・給付管理業務の方法等 | | |
| 実習指導者名 | | 必ず指導にあたる主任CMの氏名を明記 | 連絡先（TEL） |  |

第５号様式

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　殿

実習生氏名

　　　　　住所

電話番号

佐賀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（　　日間） |
| 実習内容 |  |
| 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、受入事業所の就業規則等を遵守します。  ２．実習期間中は、受入事業所の実習担当者並びに佐賀県及び佐賀県介護保険事業連合会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、必ず佐賀県及び佐賀県介護保険事業連合会の担当者、受入事業所へ連絡します。  　　　年　　　月　　　日  実習生氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

第5号様式②

（実習受け入れ施設）長　様

佐賀県介護支援専門員実務研修　実習同意書

私は、あなたの施設が、介護支援専門員資格のための研修で実習を受け入れており、そのなかで私のことを学びたいという求めに対し、下記の事項を必ず守っていただくことを条件に、実習に協力することに同意します。

記

1　実習のときに知った私の情報は、この研修以外には使わず、第三者に漏らさないこと。

2　実習中に万一、私や私の持ち物に損害を与えた場合は、その損害を　賠償すること。

令和　　年　　月　　日

実習協力者氏名　　　　　　　　　　　　印

第６号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

佐賀県介護保険事業連合会　会長　様

所在地

　　　　　事業所名称

代表者氏名　　　　　　㊞

担当者氏名

介護支援専門員実務研修報告書兼評価書

　介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） | | | |
| 実習事項 | | 実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 実習場所 |  | | |
| 実習内容 |  | | |
| 受入事業所の  コメント | |  | | | |
| 実習指導者氏名 | |  | | 連絡先 |  |

※別紙（A3）「実務研修実習報告及び実習評価」（写し）を添付してください。