（様式第１号）

長野県介護支援専門員実務研修実習事業所実習受入依頼書

長社協第　号

　　　　年　　月　　日

（登録事業所の長）　様

　社会福祉法人長野県社会福祉協議会

　会　長

　長野県介護支援専門員実務研修「実習Ⅱ」実施要領に基づき、介護支援専門員実務研修実習Ⅱを下記のとおり受入れをお願いします。

日程調整が完了次第、長野県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書（様式第４号）を長野県社会福祉協議会あて送付してください。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　習　生 | 受講番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習実施期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　※期間外の実習は認められませんのでご留意ください。 |
| 備考 |  |

ケアマネ研修情報センター

所　長：

担　当：

電　話：026-226-2000　FAX：026-227-0137

E-mail：care@nsyakyo.or.jp

（様式第２号）

長野県介護支援専門員実務研修実習事業所決定通知書

長社協第　号

　　　　年　　月　　日

（受講者）　様

　社会福祉法人長野県社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　会　長

　長野県介護支援専門員実務研修の実習Ⅱについて、下記事業所に決定しましたので、速やかに事業所に連絡し、日程調整を行ってください。

　また、実習開始時には、長野県介護支援専門員実務研修実習同意書（様式第３－③号）を実習先となる事業所に提出してください。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 実習事業所名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 実習実施期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実習指導者氏名 |  |
| 実習指導者氏名 |  |
| 実習指導者氏名 |  |

ケアマネ研修情報センター

所　長：

担　当：

電　話：026-226-2000　FAX：026-227-0137

E-mail：care@nsyakyo.or.jp

（様式第３-①号）

介護支援専門員実務研修における

実習生の個人情報取り扱いに関する誓約書

　　　　年　　月　　日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会　殿

当事業所は介護支援専門員実務研修（以下研修）にて取り扱われる実習生の個人情報について以下のとおり誓約します。

1. 実習上知り得た実習生や実習生が所属する団体に関する情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に決して漏洩しません。また、修了・未修了に関係なく、実習後も永続して守秘義務を遵守して個人情報は漏洩しません。
2. 実習についての評価は研修実施機関及び実習生以外には一切公表しません。
3. 本書における誓約の内容について、全実習生に公表することを認めます。

　 　事業所住所

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　公印

（様式第３-②号）

個人情報提供書

　　　　年　　月　　日

長野県介護支援専門員実務研修

実習受入協力事業所　代表者様

私は介護支援専門員実務研修（以下研修）にて取り扱われる自身の個人情報について、貴事業所と長野県指定介護支援専門員研修実施機関である社会福祉法人長野県社会福祉協議会（以下長野県社協）との誓約内容を確認した上で、本書が長野県社協より貴事業所に提供されることに同意します。

　 　 受験番号

　 　 氏 名　　 　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 基礎資格 |  |
| 勤 務 先 |  |
| 連 絡 先 |  |

（記入日現在の情報です）

（様式第３-③号）

長野県介護支援専門員実務研修実習実施同意書

　　　　年　　月　　日

長野県介護支援専門員実務研修

実習受入協力事業所代表者　様

受講者

受講番号

氏　　名

　　　　　　住　　所

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 実習事業所 |  |
| 実習期間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 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、貴事業所の就業規則等を遵守します。２　実習期間中は、貴事業所の実習指導者及び長野県指定介護支援専門員研修実施機関担当者の指示に従います。３　実習上知り得た貴団体及び貴団体の連携機関に関する情報は、組織・個人に関する情報に問わず、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。　　また実習遂行上必要がないとされる情報の提供を行わず、営業・宣伝活動等を行いません。４　実習中に過失等により、貴団体の備品、関係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。５　やむを得ない事情で、実習を休止または中止するときは、必ず長野県指定介護支援専門員研修実施機関の担当者及び受入事業所の実習指導者へ連絡します。　　　　　年　　　月　　　日実習者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　㊞ |

（様式第３-④号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入同意書

　　　　年　　月　　日

受講番号　実務　　-

（受講者氏名）　　　様

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　公印

|  |  |
| --- | --- |
| 実習事業所 |  |
| 実習期間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実習内容 |  |
| 介護支援専門員実務研修実習指導にあたって、下記の事項に同意します。１　実習上知り得た、貴殿及び貴殿が所属する団体に関する情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に決して漏洩しません。また、修了・未修了に関係なく、実習後も永続して守秘義務を遵守して個人情報は漏洩しません。２　今回の実習での貴殿に対する評価は貴殿、研修実施機関以外には一切公表しません。　　　　　年　　　月　　　日実習指導者氏名（自署）　　　　　　　　　　　㊞ |

（様式第４号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

　　　　年　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　公印

　　　　　年　　月　　日付けで依頼のありました介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習生 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導者名 |  | 連絡先 |  |
|  |
|  |
|  |

（様式第５号）

長野県介護支援専門員実務研修実習実施報告書

　　　　年　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　公印

　介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者 | 受講番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習期間 | 実習期間 | 　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 時間数 | 時間 |
| 実習指導者氏名 |  | 連絡先 |  |

※別紙実習Ⅱ記録シート（実習指導者用）を添付してください。

※受講者ごとに報告してください。

（様式第６号）

長野県介護支援専門員実務研修実習協力経費請求書

　　　　年　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

請求者

　 　住所（〒　　　－　　　　）

　 　法人名

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　公印

　介護支援専門員実務研修実習の経費について、下記のとおり請求します。

記

**金　　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 受講者氏名 | １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| 支払口座 | 金融機関名 |  |
| 支店名※ |  |
| 口座番号 | 　 | 普通・当座 |
|  |  |
|  |
| 担当者 | 担当者名 |  | 連絡先 |  |

　　　　※ゆうちょ銀行の場合は、支店名は漢数字３ケタを記入してください。