（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）　　　　　　　　　　　㊞ |