

(様式第2号)

(受講者) → (協力事業所)

## 熊本県介護支援専門員実務研修実習誓約書

令和 年 月 日

(協力事業所 管理者) 様

【受講者情報】※受講者ご本人で記入してください。

受講番号

氏 名

住 所

電話番号

実習期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)
実習内容	保健福祉振興財団が行う介護支援専門員実務研修の実習
介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、下記の事項を守ります。	
<ol style="list-style-type: none"><li>実習期間中は、協力事業所の就業規則等を遵守します。</li><li>実習期間中は、協力事業所の実習指導者及び熊本県知事指定研修実施機関担当者の指示に従います。</li><li>実習期間中の交通費、食費その他実習に要する費用は、自己負担とします。</li><li>実習上知り得た情報は、実務研修の遂行以外の目的で使用せず、実務研修後も第三者に漏洩しません。</li><li>実習中に過失等により、実習協力者等に損害を与えた場合は、受講者もしくは保健福祉振興財団がその損害賠償の責任を負うものとし、その責任の範囲は、保健福祉振興財団が加入する賠償責任保険によるものとする。</li><li>やむを得ない事情で、実習を休止または中止するときは、必ず熊本県知事指定研修実施機関の担当者及び協力事業所の実習指導者へ連絡します。</li></ol>	
令和 年 月 日	
<u>実習者氏名（自署）</u> <span style="float: right;">印</span>	