（様式第６号）

平成　　年　　月　　日

（協力事業所名）

　　　　　　　　　　　　様

**平成30年度富山県介護支援専門員実務研修実習誓約書**

|  |  |
| --- | --- |
| 実習期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、次の事項を誓約します。  １　実習期間中は、受入事業所の各種規則を遵守します。  ２　実習期間中は、受入事業所の実習指導者及び富山県社会福祉協議会の担当者の指示  に従います。  ３　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。  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　実習期間中に過失等により、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、必ず次の２か所に電話連絡をします。  ①富山県社会福祉協議会の担当者  ②実習受入先の管理者、又は実習指導者  平成　　年　　月　　日　　　　　　　受講番号  受講者名　　　　　　　　　　　　　　印 | |

※　実習初日に実習受入先に提出してください。