この実習は、本会が開催している介護支援専門員研修の一環で行なうものです。

研修受講生が介護支援専門員として業務を行うために必要な実習ですので、ご協力をよろしくお願いします。

また、本会では、研修受講生が実習にあたり協力者から協力承諾を得ていることを確認するため、作成された実習承諾書および誓約書の複写１部を、研修受講生から提出していただきますので、予めご了承ください。

なお、提出いただいた複写物は、研修修了後に本会が責任を持って破棄します。

社会福祉法人高知県社会福祉協議会

|  |
| --- |
| 介護支援専門員実務研修  実習承諾書  （研修受講生）  　私は、　　　　　　　　　　　　さんが、介護支援専門員実務研修の実習として下記の「誓約書」にもとづき、次の文書を作成することに協力し、必要な情報を提供することを承諾します。   * 基本情報 * 社会資源調査票 * 事例シート、演習シート(ICF目標指向型ｱﾌﾟﾛｰﾁによるｹｱﾌﾟﾗﾝ作成のﾌﾟﾛｾｽ) * 居宅サービス計画書   令和　　　　年　　　　月　　　　日  （協力者）  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 介護支援専門員実務研修  実習誓約書  （協力者）  　私は、介護支援専門員実務研修の実習を　　　　　　　　　　　　さんにお願いするにあたり以下のことをお約束し、また、実習後も誠実に守ることを誓います。  １．この実習は(１) 基本情報、（２）社会資源調査票、(３)事例シートと演習シート、（４）居宅サービス計画書の作成が目的ですので、この実習と関係ないことはお聞きしません。  ２．実習で知った情報は、実習以外の目的には使用いたしません。また、実習以外の場で漏らすことはしません。  ３．実習で作成する上記の文書や、実習後に行う事例検討会に提出する実習報告書には個人名や個人がわかることは記載しません。  ４．実習事例検討会においても個人名等は言いません。  ５．私が知りたいことであっても、あなたの意に添わないことはお聞きしません。  ６．実習中はもちろん、実習後においても、あなたに不利益になることはいたしません。  以上、お約束いたします。  令和　　　年　　　月　　　日  （研修受講生）  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

ご不明な点等ございましたら下記までご連絡ください。

高知県社会福祉協議会 福祉研修センター 介護支援専門員研修担当

高知県高知市朝倉戊375－1 電話088-844-3605　FAX088-844-9443