

実習協力承諾書

令和2年度 島根県認知症介護実践研修「実践者研修」の目的・内容を理解し、下記の者について、所属事業所として責任を持って、効果的な実習が行われるよう協力することを承諾します。

<所属長(管理者)様へのお願い>

- ◆各所属におかれましては、受講者が上記実習に取り組む際には、業務（勤務）等の調整、自施設実習における課題への取組み等、本研修の効果的な実施にご協力をお願いします。
- ◆自施設実習は、実習期間、実習課題等を他の職員にも周知した上で、受講者を中心に、設定された課題について取り組んでいく必要があります。特に、申込者である所属長様には、職場へのご配慮、また課題の実行や受講者本人への支援等について最大限のご協力をお願いします。
- ◆他施設実習につきましては、研修の趣旨をご理解いただき受講者の目標、目的がスムーズに進み、成果ある実習になるようにご協力をお願い致します。「他施設実習について」をご参照ください。
 - *実習生受け入れ日には、自施設受講者の勤務においてもご配慮ください。
 - *実習目的の一つである利用者体験がスムーズに出来るようご協力ください。尚、受講者の受け入れを2名お願いする場合（事前に協力依頼）もありますので予めご了承ください。
- ◆上記実習については、本研修の中で重要な位置を占めています。従って、実習が確実に履行されていない、また、他施設実習等において、受講態度等が不適切であると判断される場合などは研修中止となり、修了証書が発行できない場合がありますのであらかじめご了承ください。

受講申込者	氏名	
-------	----	--

実習担当上司	役職名	
	担当上司名	

令和 年 月 日

事業所名

役職名

所属長（施設長、管理者）署名

印

（直筆署名をお願いします）