

実習協力承諾書

令和3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、職場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。
- ◆職場実習は、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。
- ◆利用者体験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。「利用者体験実習について」をご参照ください。
- ◆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と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。
- ◆コロナウィルス感染拡大防止の対応にご協力をお願いします。実習中も十分にお気を付けください。

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



（直筆署名をお願いします）