

令和6年度 実習生名簿

学校名									
学部・学科・コース名									
実習種別									
担当教員									
連絡先	平日昼間								
	夜間休日								
実習施設		大阪府立障がい者自立センター 施設入所支援 自立訓練（機能訓練・生活訓練）							
実習期間		年	月	日	～	年	月	日	
		実習日数（ ）日間			予備日：		月	日	
実習ができない日		月	日	（ ）	時	分	～	時	分
		月	日	（ ）	時	分	～	時	分
教員巡回指導予定日		月	日	（ ）	時	分	～	時	分
		月	日	（ ）	時	分	～	時	分
実習生		実習学生名： 【性別（ ）】							
		配慮事項：							
		実習学生名： 【性別（ ）】							
		配慮事項：							

※本様式で収集した個人情報は、本実習のみに利用し他の目的に利用しません。