

1. 実習生個人票

日本メディカル福祉専門学校 精神保健福祉士科 一般・短期 通信課程

学籍番号		—	—	顔写真
ふりがな				
氏名				
生年月日			性別	
昭和 年 月 日生()歳			男・女	
実習先	施設種別	設置運営主体(法人名)		
		施設名		
	(住所)〒 —	電話() —		
	期間	年 月 日()	～	年 月 日()うち()日間
実習生連絡先	(現住所)〒 —			
	自宅電話() —	携帯電話()	—	
	(緊急連絡先)〒 —	電話() —		
自己紹介				
健康状態等				
備考				

