

# 1. 実習生個人票

日本メディカル福祉専門学校 社会福祉士通信科 一般通信・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	
	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					