

4. 実習事前(電話)訪問報告書

日本メディカル福祉専門学校 こども福祉学科

学籍番号 (- -) 氏 名 ()

①指定された日時に訪問・または電話で挨拶をし、詳細を確認して下さい。

事前(電話)訪問日	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
法人名・施設名					
実習指導者氏名					
実習期間	令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()				
詳 細 日 程					
1..... /	2..... /	3..... /	4..... /	5..... /	6..... /
7..... /	8..... /	9..... /	10..... /		
10 日以上の場合、実習費が追加でかかる場合があります。					

※10 日間すべての日程を記載して下さい。

②実習予定及び内容の確認項目

確認項目	
宿泊実習の有無	有 ・ 無
施設外(行事等)での実習の有無	有 () 無
実習時間	時 分 ~ 時 分
実習中の昼食	持参 ・ 給食 円
実習先に行くための手段	電車等 (最寄り駅 下車歩 分) その他
実習中の服装、持ち物	
実習日誌の提出者	
・実習予定及び内容など	
・実習指導者から出された新たな課題	
・その他、特記事項 (*実習にあたり不安に思うことがあれば、その点も記載して下さい)	

- * 施設作成の実習予定表を受け取った学生はコピーを添付して下さい。
- * 事前訪問日より 1 週間以内に本報告書を提出して下さい。
- * 事前訪問不要の場合は、事前電話連絡の際にわかった範囲で記入して下さい。
- * 裏面の実習施設付近略図もご記入下さい。

実習施設付近略図（実習施設の最寄りの駅を記入して下さい）

★ Google 等の地図を貼りつけても構いません。

アクセス （ ）線（ ）駅より

徒歩 約（ ）分

（ ）バス（ ）より（ ）約（ ）分

