8. 実習報告書

日本メディカル福祉専門学校　保育士科（通信）

学籍番号				氏　　名
実習施設	設置運営主体			施設種別
	施設名			施設長名
実習形態	宿泊・通勤	実習期間	年　月　日～　年　月　日（　日間）	

（1）実習内容及び指導の概要

(2)実習で心に残っている体験

(3)実習全体のまとめ(実習計画の達成度・反省と課題・自己評価を含む)

実習指導担当職員　　印

日本メディカル福祉専門学校