4. 施設実習事前(電話)訪問報告書

日本メディカル福祉専門学校	促杏十科	(涌信)
	不日上作	\JU_{10}

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、詳細を確認してください。

(1) 11/2 2 4 0/2	U 101 (M) 101		, e o	(PI//# C I		. ,,,,,,	- ` 0			
事前(電話)訪問日	年	月	日 ()	時	分~	時	分	
法人名·	施設名									
事前訪問ご打	旦当者氏名									
実習指導	者氏名									
実 習	期間	年	月	日 () ~	月	日 ()		
	•	詳	細	月	程					
1	2	3 /		4 /	/	5		6		
7	8 /	9 /		10 /	/	11		12		
10 日以上の場合 宝	習費が追加でかかる場	具合があります								

(2) 実習予定及び内容の確認項目

(4) 关首了足及UPI谷叼傩酚項目	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 徒歩 分) その他				
実習中の服装、持ち物					
実習日誌の提出者					
実習日誌・実習指導計画等の 記入や訂正の仕方					
部分実習の実施の有無	有(実施内容: 無)			
・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、その点も記載してください)					

- * 実習先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ください。
- * 事前訪問日より1週間以内に当該報告書(原本)を提出してください。
- * 事前訪問不要の場合は、事前電話連絡の際に分かった範囲で記入してください。
- * 裏面の実習先付近略図もご記入ください。

^{※10}日間すべての日程を記載してください。

★ Google 等の地図を貼りつけても構いません。)線()駅より徒歩約()分)バス()より徒歩約()分 アクセス((

実習先付近略図 (実習先の最寄りの駅を記入してください)