

(様式2)

令和5年度 実習生名簿

学校名		
学部・学科・コース名		
実習種別		
担当教員		
連絡先	平日昼間	
	夜間休日	
実習施設	大阪府立障がい者自立センター 施設入所支援 自立訓練（機能訓練・生活訓練）	
実習期間	年 月 日 ～ 年 月 日 実習日数（ ）日間 予備日： 月 日	
実習ができない日	月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分	
教員巡回指導予定日	月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分	
実習生	実習学生名： 【性別（ ）】	
	配慮事項：	
	実習学生名： 【性別（ ）】	
	配慮事項：	

※本様式で収集した個人情報、本実習のみに利用し他の目的に利用しません。