

令和8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は、本実習のみに利用し他の目的に利用しません。