

## 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。