

令和8年度 実習生名簿

学校名	大阪府立福祉大学	
学部・学科・コース名	介護福祉学部 介護福祉学科 障がい福祉コース	
実習種別	介護実習 I-A	
担当教員	浪速 一郎	
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（月） 9時00分～17時30分 月 日（ ） 時 分～ 時 分	
教員巡回指導予定日	○○月○○日（月） 15時30分～16時30分 ○○月○○日（水） 15時30分～16時30分 ○○月○○日（木） 15時00分～16時00分 月 日（ ） 時 分～ 時 分	
実習生	実習学生名： 千躰 花子 【性別（女）】	
	配慮事項：	（配慮事項があれば具体的に記入してください）
	実習学生名： 万代 太郎 【性別（男）】	
	配慮事項：	（配慮事項があれば具体的に記入してください）

※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。