

## 実 習 生 個 人 票

実習期間：            年    月    日 ～            年    月    日    (            日間)		
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）		
写真貼付欄 （写真の裏面に学校名・氏名を記入のこと）	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年    月    日生    (            歳)
	住所	
	電話番号	自宅： 携帯：
学校名		
学部・学科名		
担当教員名		
連絡先	平日昼間	
	休日・夜間	
実習・ボランティア経験・職歴（今までにおこなった実習あるいはボランティアの内容）		
テーマ・課題（今回の実習における目的・課題を具体的に記入のこと）		
趣味・特技・クラブ歴		

\* 必ず実習生自身が、記入してください。

\* 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。