8. 実習報告書

日本メディカル福祉専門学校　保育士科（通信）

学籍番号		氏　　名
実習施設	設置運営主体	施設種別
	施設名	施設長名
実習期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間）	

（１）実習内容及び指導の概要

(2)実習で心に残っている体験

(3) 実習全体のまとめ（実習計画の達成度・反省と課題・自己評価を含む）

実習指導担当職員　　印

日本メディカル福祉専門学校