

# 1. 実習生個人票

日本メディカル福祉専門学校 保育士科(通信)

学籍番号		顔写真	
フリガナ			
氏名			
生年月日 昭和・平成 年 月 日生( )歳		性別 男・女	
実習施設	施設種別	設置運営主体	
		施設名	
	(住所)〒 -		
	電話( ) -		
期間 年 月 日( )～ 年 月 日( )うち( )日間			
実習生連絡先	(現住所)〒 -		
	自宅電話( ) -	携帯電話( ) -	
	(緊急連絡先)〒 -		
	氏名 (続柄)	電話( ) -	
自己紹介			
健康状態等			
備考			

