

#### 4. 施設実習事前(電話)訪問報告書

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(                      )

① 指定された日時に訪問、または電話で挨拶をし、詳細を確認して下さい。

事前(電話)訪問日	年 月 日 (      ) 時 分 ~ 時 分				
法人名・施設名					
事前訪問ご担当者氏名					
実習指導者氏名					
実 習 期 間	年 月 日 (      ) ~ 月 日 (      )				
詳 細 日 程					
1..... / .....	2..... / .....	3..... / .....	4..... / .....	5..... / .....	6..... / .....
7..... / .....	8..... / .....	9..... / .....	10..... / .....	11..... / .....	12..... / .....

10日以上の場合、実習費が追加でかかる場合があります。

※10日間すべての日程を記載して下さい。

②実習予定及び内容の確認項目

確認項目	
宿泊実習の有無	有 ・ 無
施設外(行事等)での実習の有無	有 (                      ) 無
実 習 時 間	時 分 ~ 時 分
実 習 中 の 昼 食	持参 ・ 給食                      円
実習先に行くための手段	電車等 (最寄り駅                      下車 徒歩                      分) その他
実習中の服装、持ち物	
実習日誌の提出者	
部分実習の実施の有無	有 (実施内容 :                      ) 無
・実習予定及び内容など	
・実習指導者から出された新たな課題	
・その他、特記事項 (*実習にあたり不安に思うことがあれば、その点も記載して下さい)	

\* 施設作成の実習予定表を受け取った学生はコピーを添付して下さい。

\* 事前訪問日より1週間以内に本報告書を提出して下さい。

\* 事前訪問不要の場合は、事前電話連絡の際に分かった範囲で記入して下さい。

\* 裏面の実習施設付近略図もご記入下さい。

