

## 6. 実習出席簿

日本メディカル福祉専門学校 保育士科(通信)

設置運営主体		フリガナ 氏 名			
施設名					
学籍番号					
月/日	曜日	本人出席印	担当者確認印	実習時間	備 考
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
				～ 計 時間 分	
出 席 状 況					
出席日数	欠席日数	遅刻回数	早退回数	総実習時間	
日	日	回	回	計 時間 分	

年 月 日

代表者職名  
氏 名 \_\_\_\_\_

印

