

## 令和4年度精神保健福祉援助実習希望願

令和 年 月 日

埼玉県立精神保健福祉センター長 宛

学校名：

担当者名：

埼玉県立精神保健福祉センターにおける本学生の精神保健福祉援助実習を下記のとおり希望します。

|                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1 希望する実習先 希望先を一か所のみ○で囲んでください。 |                                       |
| ①埼玉県立精神保健福祉センター               | (実習種別:障害福祉サービスを行う施設等、実習時間:15日間・120時間) |
| ②埼玉県立精神保健福祉センター精神科デイケア        | (実習種別:医療機関、実習時間:12日間・90時間)            |

|            |                      |      |  |            |
|------------|----------------------|------|--|------------|
| 2 実習生      |                      |      |  |            |
| ふりがな<br>氏名 |                      | 生年月日 |  |            |
| 学部         |                      | 学科   |  | 学年<br>(現在) |
| 居住地        | *都道府県と市町村名のみ御記入ください。 |      |  |            |

|                         |   |                      |       |  |
|-------------------------|---|----------------------|-------|--|
| 3 実習日程 該当するものに○をつけてください |   |                      |       |  |
| 希望月                     | ① どの時期でも可<br>② 希望する月、全てに○をつけてください(*希望に添えない場合があります)<br>6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 |                      |       |  |
| 土日、祝祭日の実習               | 可 ・ 否   | 夜間帯(17:00~21:00頃)の実習 | 可 ・ 否 |  |
| 帰校日の必要性                 | 有 { *指定の曜日や日数等を御記入ください } ・ 無  |                      |       |  |

|          |  |       |  |  |
|----------|--|-------|--|--|
| 4 実習担当教員 |  |       |  |  |
| 氏名(ふりがな) |  | 役職    |  |  |
| 所属       |  | 電話番号  |  |  |
| メールアドレス  |  | FAX番号 |  |  |

|             |  |         |  |  |
|-------------|--|---------|--|--|
| 5 実習指導室     |  |         |  |  |
| 実習指導室の名称    |  | メールアドレス |  |  |
| 担当者氏名(ふりがな) |  |         |  |  |
| 電話番号        |  | FAX番号   |  |  |

|                        |        |   |       |
|------------------------|--------|---|-------|
| 6 本件に関する連絡先(○で囲んでください) | 実習担当教員 | ・ | 実習指導室 |
|------------------------|--------|---|-------|