［様式1］

令和4年度精神保健福祉援助実習希望申請書

（実習種別：医療機関、実習時間：12日間・96時間）

令和　　年　　月　　日

埼玉県立精神医療センター病院長　様

学 校 名 ：

担当者名：

下記のとおり、本学生の精神保健福祉援助実習受入を希望します。

1　実習生					
ふりがな 氏名		生年月日			
学部		学科		学年 （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	該当するものに〇をつけてください		
希望月	①　どの時期でも可 ②　希望する月、全てに〇をつけてください（＊希望に添えない場合があります） 6月　7月　8月　9月　10月　11月　12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（〇で囲んでください）	実習担当教員　・　実習指導室