実習生紹介状

北海道医療大学リハビリテーション科学部　言語聴覚療法学科

　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　現在

生年月日　　　　　年　　月　　日生　（　　　歳）

実習期間中の住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話（携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**緊急連絡先**　(2名記入)

氏名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　）　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　）　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

経歴（高等学校卒業以降）、資格等

実習にあたっての抱負

担当教員：

E-mail：　　　　　　　　＠hoku-iryo-u.ac.jp

TEL：　　　　　　　　　　（内線　　　　　　）

備考：

実習終了後、学生にご返却ください