

# 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-iryu-u.ac.jp

TEL: (内線)

備考:

実習終了後、学生にご返却ください