精神保健福祉援助実習

見学訪問実施報告書

　　　　　　　　　　　　　　　報告者氏名：

|  |
| --- |
| 見学訪問実施日時：　　　　年　　　　月　　　日（　　）　　　　　：　　　　　　～　　　　　： |
| 見学訪問先名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（種別） |
| 見学訪問先担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　様　（所属・役職） |
| 見学訪問先機関・施設の概要（沿革・事業内容・利用状況・特色など）： |
| 見学訪問の内容： |
| 見学訪問時の利用者、職員とのコミュニケーションの内容： |
| 見学訪問時に観察して気がついたこと、学んだこと、疑問に思ったこと、感じたこと など： |
| 見学訪問を通じて確認した実習の目標と課題： |
| 【県外施設のみ記載】  精神保健福祉援助実習の受入の可否：　可　/　不可　/要調整  【可の場合】  ・実習の受入時期：　　　　月　～　　　月  ・実習窓口担当者：　　　　　　　　様（所属部署：　　　　　　　　　　　　　　役職名：　　　　　　　　　　 　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・実習申込時期：　　　　　年　　　　　　月ごろ  【要調整の場合】  ・調整を要する事項  ・担当教員からの連絡の可否：　　可　/　不可　（担当教員からの連絡時期　　　　　年　　　　月ごろ）  ・担当者：　　　　　　　　　　様（所属部署：　　　　　　　　　　　　　役職名：　　　　　　　　　　　　　 　）  （担当者連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）  【不可の場合】  不可の理由： |

提出日：　　年　　月　　日