【通学生】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　巡回終了後2週間以内に提出

提出日　　　　年　　月　　日

**精神保健福祉援助実習　巡回指導報告書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学籍番号 |  | 実習生氏名 |  | 巡回指導教員名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習施設名称 |  | | 所在地 | |  |
| 実習指導者 |  | 指導場所 | | □実習先  □その他（理由　　　　　　　　　） | |
| 巡回指導日時  （1回目・2回目） | 月　　　日  時　　分～　時　　分 | 巡回指導  形態 | | □　実習生・巡回指導教員  □　実習指導者・巡回指導教員  □　実習生・実習指導者・巡回指導教員 | |
| ※大学使用欄  帰校日指導の有無 | 帰校日指導　有（日時：　　　月　　　　日　　　　時限）　・　無 | | | | |

**実習生の状況および具体的な指導内容を記録してください。**

|  |
| --- |
|  |