スクールソーシャルワーク実習生受け入れに関する確認票

法人名

施設・機関名

施設・機関長名

文書をもって依頼のあったスクールソーシャルワーク実習について、以下の通り受け入れいたします。

１．学生の受け入れ及び日程について

|  |  |
| --- | --- |
| 学生氏名 | 実 習 期 間 |
|  | 　 　月 　　日（　　）　～　　　月 　　日（　　） |
|  | 　 　月 　　日（　　）　～　　　月 　　日（　　） |

　　（注）受け入れいただくことが困難な場合には、ご連絡ください。

２．実習についての学生へのオリエンテーションについて

　　① 次の指定日に来てほしい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定日 | 　　　月　 　日（　　）　　： | 訪問場所 |  |
| 問合せ先 |  |

　　② 後日オリエンテーション日時を指定する。

　　③ 日程調整を要するため、事前に電話連絡がほしい。（　　　月　　　頃　　　　　　　宛）

　　④ 事前オリエンテーションは予定していないが、代わりに以下で対応する。

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．実習ノートのデータ作成・提出について

　　① 可 （パスワードを設定したWordファイルをメールで提出）

② 不可（記録用紙に手書きで作成・提出）

４．実習を引き受けるにあたって条件など

|  |
| --- |
|  |

５．一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟の規程に該当する実習指導者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導者氏名 | ｶﾅ | 社会福祉士登録 | 年　 　月 　　日 登録 　　　　 |
|  | スクールソーシャルワーカー経験年数 | 年　 　　　ヵ月 |

６．実習生受入担当者（文書等の送付先とさせていただきます。実習指導者と異なる場合にご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署等 |  | 電話番号 | （　　　） |
| E-mailアドレス |  |
| 担当者氏名 |  |