様式１０　　学生等　⇒　施設等

介護等の体験学生プロフィール

　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 性　別 | 写真貼付欄1　脱帽、正面の胸部から上の写真2 3ヶ月以内に撮影したもの（４㎝×３㎝） |
| 男 ・ 女 |
| 生　年　月　日 | 年　　　齢 |
| （和暦で記入）（Ｓ・Ｈ）　　年　　　　　月　　　　　日 生 | 満　　　　　歳 |
| 連 絡 先（連絡が確実に届く所） | 現住所 | 〒TEL　　　　 （　　　　） |
| 帰省先 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本籍地 | 都道府県 |

TEL　　　　 （　　　　） |
| 緊急連絡先 | 連絡者名：　　　　　　　　　　電話： |
| 在籍校又は卒業学校 | 大学　　　　　　　学部　　　　　　　　　学科　　　　　　　　　　専修　　　　　　　　　コース　　　　（第　　学年） |
| 介護等の体験自己目標等 | ◎介護等の体験をするに当たっての自己目標、施設に対する希望等を記入 |
| 保険の加入状況 | □公益財団法人日本国際教育支援協会の「学生教育研究災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険」に加入□Ａ：学生教育研究賠償責任保険□Ｂ：インターンシップ・教職資格活動等賠償責任保険□その他の保険に加入（会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）◎補償の対象　□本人の傷害事故　□対人賠償　□対物（受託物を含む。）賠償 |

注: 緊急連絡先は、体験中に学生本人以外で連絡が取れる者を記入

 　 　※□に✔をするか、必要な字句を○で囲ってください。

※プロフィールの提出時期は、受入施設の指示に従ってください。