様式１０　学生　⇒　受入施設

介護等の体験学生プロフィール

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 | |  | | | 性　別 |
|  |
| 生　年　月　日 | | | | | 年　齢 |
| ◎和暦で記入　　　（ 昭和 ・ 平成 ）　　　 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。