

介 護 等 体 験 学 生 個 人 票

体験学校名 _____

体験期間	月 日 ~ 月 日			(写真) 3 × 4 cm
所属	新潟大学	学部	学科(課程) 年	
ふりがな	在籍番号			
氏名				
生年月日	西暦	年 月 日生(満才)	性別	男 · 女
現住所				電話番号
体験時住所				電話番号
緊急連絡先				電話番号
学校への 通勤方法・ 時間	通勤手段： 所要時間：			
ボランティア 活動の経験				
介護等体験 に対するの 希望・抱負・ やってみたい こと				
その他 (自己PR等 各施設で必 要な項目)				