

介 護 等 体 験 学 生 個 人 票

体験施設名 _____

体 験 週	第 週	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	
施設への 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)				