

足寄町保健業務インターンシップ事業報告書

提出日： 年 月 日

学校・学部・学科 ※学生のみ	
氏 名	
実 習 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
実 習 内 容	

次の質問について、該当する項目に○を付け、()に理由、感想等を入れてください。

1 今回のインターンシップはどのようなものでしたか。
(とてもよい経験になった よい経験になった それほどでもなかった)
⇒(理由等：)

2 今回のインターンシップの実施期間は適切でしたか。
(長かった ちょうどよかった 短かった)
⇒(理由等：)

3 今回のインターンシップに参加して、保健師の仕事への関心は高まりましたか。
(とても高まった 高まった かわらない わからない)
⇒(理由等：)

4 あなたは将来、保健師として働いてみたいと思いましたか。
(強く思った 思った 思わなかった わからない)
⇒(理由等：)

5 あなたは将来、足寄町の保健師として働いてみたいと思いましたか。
(強く思った 思った 思わなかった わからない)
⇒(理由等：)

6 その他、感想など(自由記載)

()