

実習施設承諾書

(記入例) ※長期実習について記入してください

当施設が、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に規定する実習施設として、下記により臨床実習を担当することについて承諾する。

令和 年 月 日

実習施設名 ○○法人 ○○会 ○○病院

施設所在地 高知県土佐市高岡町乙 1139-3

開設(設置)者氏名 学園 太郎

公
印

高知リハビリテーション学院

学院長 大倉 三洋 殿

院長名または施設長名をご記入ください

実習受入 1 回とは 1 期間(9 週間)のことです
1 期あたりの受入人数を記入してください(I 期・II 期)で異なる人数の場合は平均の人数
をご記入ください)

記

1 週間を 45 時間と計算し、臨床実習
1 期あたりの期間が 9 週間ですの
で、405とご記入ください

実習受入 1 回当たりの受入人数

1 人

実習受入 1 回当たりの時間数

405

 時間

年間受入回数

1 回

実習指導者氏名	免許取得年月	免許番号	実務経験年数	所属・職名
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	

(注)「実習指導者」の欄は、当該実習施設の実習指導者を記入し、国家資格免許取得年月および免許番号、当該養成施設種別に係る臨床経験年数、本務の所属先を記入すること。また、新規に追加された指導者については、理学療法士免許の写し(コピー)を添付すること。