

臨床実習受け入れに関する書類は、以下のとおりです。

	書 類	お渡しする時期	要返送
1. 実習依頼	①実習施設ご承諾について（依頼）	ご指示いただいた時期	—
	②言語聴覚療法 臨床実習施設承諾書		○
	③実習承諾書	実習受け入れ決定次第	○ (添付)言語聴覚士免許証の写し
	④実習施設に関する調書		○
	⑤実習指導者に関する履歴書		○
2. 個人情報	⑥実習等における個人情報の取り扱いについて	実習指導者会議時	—
	⑦誓約書（学生分）		—
	⑧誓約書		○（初年度のみ）
3. 実習費	⑨臨床実習に係る謝礼金について	実習受け入れ決定次第	—
	⑩実習謝礼金 口座振替依頼書		○

### 1. 実習依頼に関する書類(①～⑤)

指導者先生より実習受け入れをご承諾いただきましたら、ご提出をお願いしたい書類一式です。

公文書の宛名や、送付先（実習実務担当者様など）送付時期をご指示ください。

②～⑤をご返送ください。指導者先生の言語聴覚士免許証の写しもご同封ください。

### 2. 個人情報に関する書類(⑥～⑧)

実習指導者会議後に施設長様宛に送付する書類です。

実習指導者会議時の資料に書類の写しを同封いたします。

初年度のみ⑧をご返送ください。

### 3. 実習謝礼金に関する書類(⑨、⑩)

実習謝礼金は、本学院の規定により1日1500円となっております。

お支払いの方法をご指示ください。

また、貴施設において、実習費についての規定がありましたらご指示ください。

\*ご不明な点がございましたら、いつでもお問い合わせください。

関西学研医療福祉学院 言語聴覚学科 教務

Tel : 0742 (72) 0600 Fax : 0742 (72) 0614

Mail : [st@seitac.ac.jp](mailto:st@seitac.ac.jp)

①

青丹言第●●一●●●号  
令和 年 月 日

施設名  
施設長氏名 様

学校法人 青丹学園  
関西学研医療福祉学院  
学院長 井坂 恵一

実習施設ご承諾について（依頼）

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は本学院に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、弊校の言語聴覚学科では、授業のカリキュラムの一部として、臨床実習の実施を考えております。つきましては、貴施設での臨床実習をお願いいたくご依頼申し上げます。業務ご多忙とは存じますが、ご承諾下さいますようお願い申し上げます。

尚、臨床実習につきましては下記の通りですが、貴施設での受け入れにつきまして、同封の用紙にて、●月●日までにご返送いただければ幸いです。

よろしくお取り計らいのほどお願い申し上げます。

敬具

記

1. 実習内容

臨床現場における言語聴覚療法の実際及び、チームアプローチの中での言語聴覚士の役割について学ぶ

2. 実習受け入れ1回当たりの時間数 320時間もしくは160時間

3. 実習期間

①令和●●年●月●日～令和●●年●月●日 ●名

②令和●●年●月●日～令和●●年●月●日 ●名

計●名

以上

②

## 言語聴覚療法 臨床実習承諾書

令和 年 月 日付、青丹言第●●—●●●号にてお申し込みのありました、  
貴校言語聴覚学科の下記の臨床実習を当施設において実施することを承諾いた  
します。

### 記

1. 実習内容

臨床現場における言語聴覚療法の実際及び、チームアプローチの中  
での言語聴覚士の役割について学ぶ

2. 実習受け入れ 1 回当たりの時間数

320 時間/160 時間

3. 実習期間

①令和●●年●月●日～令和●●年●月●日

●名

②令和●●年●月●日～令和●●年●月●日

●名

計●名

令和 年 月 日

所在地

施設名

施設長

印

学校法人 青丹学園

関西学研医療福祉学院

学院長 井坂 恵一 様

③

## 実習施設承諾書

当施設が、言語聴覚士法養成所指定規則に規定する臨床実習施設として、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

施設所在地

開設（設置）者氏名 印

学校法人 青丹学園  
関西学研医療福祉学院  
理事長 岡田憲太郎 殿

記

実習受入 1 回当たりの受入人数 人  
実習受入 1 回当たりの時間数 時間  
年間受入回数 回

実習指導者氏名	承認印又は署名	免許取得年月	免許番号	実務経験年数
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月

当該施設における実習用設備

①専用訓練室の数等

②保有する機械器具（別添）

（添付書類）

実習指導者の免許証の写しを添付

# 記入例

## 実習施設承諾書

当施設が、言語聴覚士法養成所指定規則に規定する臨床実習施設として、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

法人名からお書き下さい。

実習施設名 医療法人 ●●●会

〇〇〇病院

施設所在地 奈良県奈良市△〇-▽

開設(設置)者氏名 関西 太郎 印

現在の施設長様のお名前でけっこうです

学校法人 青丹学園  
関西学研医療福祉学院  
理事長 岡田憲太郎 殿

### 記

ST 免許取得後、5年以上の先生のお名前をお願いいたします。

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 320 時間  
年間受入回数 2 回

実習指導者氏名	承認印又は署名	免許取得年月	免許番号	実務経験年数
青丹太郎	青丹太郎 (青丹印)	平成 17 年 4 月	第*****号	12 年 8 月
奈良鹿子	奈良鹿子 (奈良印)	平成 20 年 4 月	第*****号	7 年 4 月
福祉学	福祉学 (福祉印)	平成 23 年 4 月	第*****号	5 年 5 月
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月

署名頂き印をお願いします。

当該施設における実習用設備

① 専用訓練室の数等

4 室

② 保有する機械器具 (別添)

産休や育休などを省いた実務年数

(添付書類)

実習指導者の免許証の写しを添付

# ④

## 実習施設に関する調書

実習施設名		
病床数 (又は入所定員)		
実習生受入状況 ( 年度)	養成施設名	年間受入延人数 (実数)
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )

### ② 保有する機械器具

名 称	○ 印		備 考
	有	無	
ビデオ録画システム	有	無	
ビデオモニタシステム	有	無	
携帯用ビデオカメラ	有	無	
音声録音再生装置	有	無	
パーソナルコンピューター	有	無	
オーディオメータ	有	無	
幼児聴力検査装置	有	無	
インピーダンスオーディオメータ	有	無	
補聴器特性測定装置	有	無	
人工内耳マッピングシステム	有	無	
騒音計	有	無	
音響分析装置	有	無	
発音訓練装置	有	無	
発語・発声機能測定装置	有	無	
言語・心理・認知機能検査用具	有	無	
コミュニケーションエイド	有	無	
発声発語器官検査機器・用具	有	無	
診断・治療教材(絵カード他)	有	無	

# 記入例

## 実習施設に関する調書

実習施設名	医療法人▽○会 ▽△○△病院	
病床数 (又は入所定員)	199床	
実習生受入状況 ( )年度  今年度分をご記入ください。	養成施設名	年間受入延人数 (実数)
	関西学研医療福祉学院	2 ( 2 )
		( )
		( )
		( )

### ②保有する機械器具

名 称	○ 印		備 考
ビデオ録画システム	有	無	
ビデオモニタシステム	有	無	
携帯用ビデオカメラ	有	無	
音声録音再生装置	有	無	
パーソナルコンピューター	有	無	
オーディオメータ	有	無	
幼児聴力検査装置	有	無	
インピーダンスオーディオメータ	有	無	
補聴器特性測定装置	有	無	
人工内耳マッピングシステム	有	無	
騒音計	有	無	
音響分析装置	有	無	
発音訓練装置	有	無	
発語・発声機能測定装置	有	無	
言語・心理・認知機能検査用具	有	無	
コミュニケーションエイド	有	無	
発声発語器官検査機器・用具	有	無	
診断・治療教材(絵カード他)	有	無	

⑤

実習指導者に関する履歴書

年 月 日現在

実習施設名			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	生 年 齡 ( 歳 )	
専 門 学 歴			

実習指導者資格要件

免 許	種 類	登 録 年 月 日	登 録 免 許 番 号
		年 月 日	第 号
専 門 職 歴	施 設 名	内 訳 ( 臨 床 ・ 教 育 )	期 間
資 格 ・ 免 許 ・ 学 位	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日

# 記入例

## 実習指導者に関する履歴書

201\*年9月\*\*日現在

実習施設名	医療法人 ○○○会 ○○○病院		
氏名	奈良鹿子	性別	男・ <b>女</b>
生年月日	197*年○月◇日生 年齢(○○歳)		
専門学歴	○△専門学校 言語聴覚士科 卒業		

### 実習指導者資格要件

免許	種類	登録年月日	登録免許番号
		言語聴覚士	200*年4月**日

  

専門職歴	施設名	内訳(臨床・教育)	期間
	医療法人○○会 △▽△▽病院	臨床：高次脳機能障害全般の言語療法	200*年4月*日～ 201*年3月**日
	児童発達支援センター	臨床：言語発達障害児の言語療法	201*年4月*日～ 201*年9月**日
	○○専門学校	教育：専任教員(言語聴覚士養成)	201*年4月*日～ 201*年3月**日
	介護老人保健施設 ○○○	臨床：摂食嚥下障害の言語療法	201*年4月*日～ 現在に至る

  

資格・免許・学位	名称	取得機関	取得年月日
	認知症ケア専門士	日本認知症ケア学会	201*年8月*日
	養成施設教員等講習会	厚生労働省 (公財)医療研修推進財団	201*年11月*日
	学士(教育学)	○○大学	199*年3月**日

## ⑥

### 実習等における個人情報の取り扱いについて

学校法人青丹学園  
関西学研医療福祉学院  
学院長 井坂 恵一

施設見学や臨床実習等において、知り得た個人に関する情報は個人情報保護法に則り、次の点に留意します。関係機関の諸先生方におかれましても主旨をご理解の上、ご協力をお願い申し上げます。

1. 見学や臨床実習中に知り得た個人に関する情報の取り扱いに細心の注意を払うよう留意致します。
  - ① 実習中及び終了後は速やかに実習指導者に知り得た情報を報告し、以後の処理については実習指導者の判断に従います。
  - ② 実習終了後に行う学内でのセミナー、症例報告、レポート等については施設や治療対象者を想起、特定させるような文言や態度の使用を禁じます。
  - ③ 上記以外においても個人に関する情報の取り扱いに十分注意します。
2. 学生に対しては次の点、厳に注意をするよう指導を行います。
  - ① 治療対象者の方々の人権や個人に関する情報の取り扱いを慎重にし、学内では教員の指示に従い、臨床実習においては実習指導者の判断を仰ぐように指導します。
  - ② 臨床実習等で得られた個人情報は実習中または終了時に速やかに実習指導者に報告し、文書等の取り扱いについては、その指示に従います。また、帰校後のセミナーや症例報告など、学内外で報告や発表の必要がある時は実習指導者の承認を得るように致します。
  - ③ その他、臨床実習以外に学生が知り得た個人情報の扱いについては十分注意をするよう指導致します。
  - ④ 上記の遵守のために別紙「誓約書」を当学院から提出致します。
3. 施設様におかれましては、実習学生その他学校関係の個人情報を知り得た時は指導目的以外使用しないように別に定める「誓約書」を記入作成して頂きますようお願い致します。

以 上

\* 「個人情報」の件に関するお問い合わせ窓口

〒631-0805 奈良市右京1丁目1-5  
学校法人青丹学園 関西学研医療福祉学院  
言語聴覚学科 学科長 玉木啓之  
TEL: 0742-72-0600 FAX:0742-72-0635

⑦

誓 約 書

令和 年 月 日

貴施設 施設名

住 所 住 所

代表者 施設長氏名 様

貴施設で得た「個人に関する情報」は決して外部に漏らしません。  
併せて、貴施設において定められた「個人情報」の約定に従います。

学校法人青丹学園  
関西学研医療福祉学院  
学院長 井坂 惠一 印

言語聴覚学科  
学科長 玉木啓之 印

学籍番号  
学生氏名 印

⑧

初年度のみご提出ください。

誓 約 書

令和 年 月 日

学校法人 青丹学園  
関西学研医療福祉学院  
学院長 井坂 恵一殿

実習において、知り得た「学生（個人）に関する情報」は、個人情報保護法に則り、決して外部に漏らしません。

貴施設名

住 所

実習指導者

印



各実習施設代表者 様

学校法人 青丹学園  
関西学研医療福祉学院  
学院長 井坂 恵一

## 臨床実習に係る謝礼金について

拝啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。  
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。  
さて標題につきまして、下記のとおりお支払いさせていただきます。  
つきましては誠に恐縮ですが、別紙、『実習謝礼金 口座振込依頼書』にご記入いただき、お手続きくださいませうようお願い申し上げます。

敬具

記

### 1 金額について（本学規定）

実習謝礼金は、以下のとおりです。

**実習謝礼金 実習生一人につき 1,500円/1日×日数分**

尚、法人登録されていない口座への実習謝礼金支払いには、所得税等の源泉徴収が必要となり、源泉された額となります。

### 2 手続について

#### (1) 口座振込依頼書の記入について

実習謝礼金のお支払に先立ち、『口座振込依頼書』に必要事項をご記入の上、当科へご返送(添付した封筒を御利用ください。)くださるようお願いいたします。

#### (2) 支払方法について

実習謝礼金については、ご記入いただいた指定口座へ全額振込となります。振込日は、手続きの関係上、実習終了後おおよそ1ヶ月後の支払いとなりますのでご了承ください。

#### (3) 支払先情報について

『口座振込依頼書』にご記入いただいた個人情報については、臨床実習に関する支払目的以外には使用いたしません。

以上

(お問合わせ先)

学校法人 青丹学園 関西学研医療福祉学院 言語聴覚学科 学科長 玉木啓之  
〒631-0805 奈良市右京1丁目1番5 TEL: 0742(72)0600 / E-mail: st@seitac.ac.jp

実習謝礼金 口座振込依頼書

学校法人 青丹学園  
 関西学研医療福祉学院  
 学院長 井坂恵一様

住所 〒 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

関西学研医療福祉学院の臨床実習に係る実習謝礼金は、下記の口座に振込みしてください。

記

実習謝礼金振込先口座

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 営業部 本所	支店 出張所 支所
(コード)		(コード)		
預金種類	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他( )	口座番号 (右づめ)		
口座名義(フリガナ)				
口座名義人住所・施設名・所属				

\* 実習指導料を上記口座とわかる場合のみ下記に記入ください。

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 営業部 本所	支店 出張所 支所
(コード)		(コード)		
預金種類	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他( )	口座番号 (右づめ)		
口座名義(フリガナ)				
口座名義人住所・施設名・所属				

令和

ご連絡先

施設名	
電話	内線( )
部署	担当者 様

\*言語聴覚士免許の写しも併せてご提出ください。(A4サイズに縮小ください)