

実習施設承諾書

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

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 様

記

	1年生	2年生	3年生
実習受入1回当たりの受入人数	人	人	人
実習受入1回当たりの受入時間数	時間	時間	時間
年間受入回数	回	回	回

実習指導者氏名	免許取得年月	実務経験年数	講習会受講	
			済	未
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印	年 月	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【添付書類】 ・免許証の写し ・履歴書 ・講習会等の修了証書の写し