

【様式1】

2024（令和6）年度
作業療法学専攻
見学実習出席簿

実習期間：令和6年8月26日（月）～9月4日（水）

施設名：_____

実習指導者名：_____

新潟リハビリテーション大学 医療学部
リハビリテーション学科 作業療法学専攻2年

学籍番号：_____ 学生氏名：_____

8/26(月)	8/27(火)	8/28(水)	8/29(木)	8/30(金)	8/31(土)	9/1(日)
指導者印	指導者印	指導者印	指導者印	指導者印	指導者印	指導者印
9/2(月)	9/3(火)	9/4(水)				
指導者4	指導者印	指導者印	指導者印	指導者印	指導者印	指導者印

(10日間分の日付を記載しておりますが、臨床実習施設の休日等で実習が行われなかった日には斜線を引いてお使い下さい。)