

【様式 5】

2026 年度 作業療法学専攻 総合臨床実習 I・II

学外総合臨床実習学生出席簿

実習期間：2026 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）

施設名：_____

実習指導者名：_____

学籍番号：_____ 学生氏名：_____

/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
指導者印						
/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
指導者印						
/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
指導者印						
/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
指導者印						
/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
指導者印						
/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
指導者印						
/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
指導者印						

(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。)