【様式3】

2024年度

作業療法学専攻　地域実習

学外実習学生出席簿

実習施設名：

実習指導者名：

（自筆の署名をお願いいたします）

学籍番号：　　　　　　　　　　　　学生氏名：

実習期間：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 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** |
| ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| **指導者印** | **指導者印** | **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ください。）