

【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 ~ _____ 年 _____ 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 | | | | |

(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。)