

臨床総合実習評価表

(I ・ II)

実習生氏名 : _____

実習施設名 : _____

実習指導者氏名 : _____

学外実習期間

自 年 月 日

至 年 月 日

学校法人 北都健勝学園
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
理学療法学専攻

1. 出欠表

出欠欄：出席○ 欠席× 遅刻/ 早退△

曜日	月/日	出欠	曜日	月/日	出欠	曜日	月/日	出欠	曜日	月/日	出欠
月	/		月	/		月	/		月	/	
火	/		火	/		火	/		火	/	
水	/		水	/		水	/		水	/	
木	/		木	/		木	/		木	/	
金	/		金	/		金	/		金	/	
土	/		土	/		土	/		土	/	
日	/		日	/		日	/		日	/	
曜日	月/日	出欠	曜日	月/日	出欠	曜日	月/日	出欠	曜日	月/日	出欠
月	/		月	/		月	/		月	/	
火	/		火	/		火	/		火	/	
水	/		水	/		水	/		水	/	
木	/		木	/		木	/		木	/	
金	/		金	/		金	/		金	/	
土	/		土	/		土	/		土	/	
日	/		日	/		日	/		日	/	
月 / 日	欠席・遅刻・早退の理由				月 / 日	欠席・遅刻・早退の理由					

※臨床総合実習：(最低) 24 日以上必要。

※遅刻・早退は 3 回累積で 1 日分の欠席扱いとします。

※就職活動、忌引きにともなう欠席処理方法は要綱 p14 をご参照ください。

西暦 年 月 日

実習施設名 _____

指導者署名 _____ 印

学生署名 _____