実習指導者に関する調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養成校名 | | 島根リハビリテーション学院 | | | 記載日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | | |  | | 性別 | | 男　・　女　（お選び下さい） | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | 現住所 | |  | |
| 免許登録番号 | | | 第　　　　　　　号 | | 登録年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 取得資格 | | | 理学療法士　・　作業療法士　（お選び下さい） | | | | | |
| 資格取得養成校名 | | |  | | | 卒業年月 | | 年　　月 |
| 職歴 | 年　　月 | | | 名　称　等（転職されている場合は退職年月が分かるようにご記入ください） | | | | |
| 年　　月 | | |  | | | | |
| 教育歴（実習指導も含む） | 年　　月 | | | 名　称　等（分かる範囲でご記入ください） | | | | |
| 年　　月 | | |  | | | | |
| 教員等長期講習会  受講の有無 | | | | あり　　・　　なし　　（　　　　年　　月　） | | | | |

療法士免許証コピーを添付してご返送ください。よろしくお願い致します。

実習指導者に関する調書〔書き方例〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養成校名 | | 島根リハビリテーション学院 | | | 記載日 | | 令和　元年　　6月　　5日 | |
| 氏名 | | | 島根　太郎 | | 性別 | | 男　・　女　（お選び下さい） | |
| 生年月日 | | | 平成元年　1月　1日 | | 現住所 | | 島根県仁多郡奥出雲町1625－1 | |
| 免許登録番号 | | | 第　　9999999　　号 | | 登録年月日 | | 平成24年　4月　25　日 | |
| 取得資格 | | | 理学療法士　・　作業療法士　（お選び下さい） | | | | | |
| 資格取得養成校名 | | | 島根リハビリテーション学院 | | | 卒業年月 | | 平成24年　3月 |
| 職歴 | 年　　月 | | | 名　称　等（転職されている場合は退職年月が分かるようにご記入ください） | | | | |
| 平成24年4月  平成26年3月  平成26年4月  令和1年6月 | | | 島根病院リハビリテーション科　入職  島根病院リハビリテーション科　退職  島根リハビリテーション病院リハビリテーション科　入職  現在に至る  **※これまでに転職のご経験がある場合は、 退職年月が分かるようにご記入ください。** | | | | |
| 教育歴（実習指導も含む） | 年　　月 | | | 名　称　等（分かる範囲でご記入ください） | | | | |
| 平成27年4月～  平成30年4月～ | | | 島根リハビリテーション学院臨床実習生指導  島根医療専門学校臨床実習生指導  **※こちらは分かる範囲でご記入ください。** | | | | |
| 教員等長期講習会  受講の有無 | | | | あり　　・　　なし　　（平成28年6月） | | | | |

療法士免許証コピーを添付してご返送ください。よろしくお願い致します。