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 | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | 記載日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 氏名 | |  | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 日本作業療法士協会会員番号 | | 有（　　　　　　　　　　　）  ※OTの方のみ  無 | |
| 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 | | | | | |
| 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 | |  | | | | |
| 修了した講習会(該当に〇) | ・厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会  ・厚生労働省及び公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会  ・一般社団法人日本作業療法士協会が実施する臨床実習指導者中級・上級研修  （修了日：　　　　年　　月　　日　） | | | | | | |

療法士免許証（写し）、講習会等の受講修了書（写し）を添付してください。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 | | | | | | | |
| フリガナ | | シマネ　タロウ | | 記載日 | | 令和　6年　　7月　10日 | |
| 氏名 | | 島根　太郎 | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 生年月日 | | 平成元年　1月　1日 | | 日本作業療法士協会会員番号 | | 有（　99999　）  ※OTの方のみ  無 | |
| 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 | | | | | |
| 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6年7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。** | | | | |
| 修了した講習会(該当に〇) | ・厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会  ・厚生労働省及び公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会  ・一般社団法人日本作業療法士協会が実施する臨床実習指導者中級・上級研修  （修了日：　　　　年　　月　　日　） | | | | | | |

療法士免許証（写し）、講習会等の受講修了書（写し）を添付してください。よろしくお願い致します。