年　　　月　　　日

臨床実習指導者証明書発行願

大阪河﨑リハビリテーション大学　学長　殿

申請者　所属

申請者　氏名（自署）

私は、大阪河﨑リハビリテーション大学学生の臨床実習指導を行いましたので、臨床実習指導者証明書の発行を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指導した学生の概要 | 氏　名 |
| 臨床実習期間（西暦）　　　　　年　　　月　　　日 ～ 　　　　年　　　月　　　日 |
| 臨床実習で学生を指導した施設名 |
| 備　考 | (指導時の氏名と申請時の氏名が異なる（旧姓等）場合は、指導時の氏名をご記入ください。） |
| 証明書の送付先返信用封筒に84円切手を貼付し同封 | 〒住所氏名 |
| 証明書の用途 |  |

※指導した学生1名につき1通の申請が必要