

年 月 日

臨床実習指導者証明書発行願

大阪河崎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、大阪河崎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