

申請にあたっては、以下の書類をお送りください。

※作業療法士臨床実習指導施設認定申請の対象は、作業療法士臨床実習指導者研修修了申請を行い、研修修了者として認定された方が常勤として在職されている施設となります。

申請時に必要な書類

① 作業療法士臨床実習指導施設認定申請書

- ・厚生労働省指定の臨床実習指導者講習会を受講し修了している者
  - ・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のいずれかを受講し修了している者
  - ・臨床実習指導者研修（中・上級）を受講し臨床実習指導者研修修了認定を受けている者
- 氏名と会員番号を記載し、認定証の写しを添付して下さい。
- また、申請書には施設印を捺印し、必ず新規、更新どちらかに丸をつけてください。

② 臨床実習指導者受け入れ証明書

- 指導の養成校名が確認できる臨床実習指導証明書を添付して下さい。
- 申請年度以前5年間のうち3年間以上で、6週間以上の臨床実習の証明書を添付して下さい。
- 例) 2023年度申請の場合 2018年～2022年度の間で3年間以上必要。

③ 臨床実習指導体制（組織）確認表

- 確認表にチェックをいれ、確認をした作業療法士の氏名をご記入下さい。

④ 情報開示確認書

- 各項目にご記入ください。

⑤ 返信用封筒（レターパック）

申請する際、封筒の表には「作業療法士臨床実習指導施設認定申請書」在中と朱書きの上、協会事務局まで郵送下さい。

別記第 1 号様式（第 3 条第 1 号関係）

作業療法士臨床実習指導施設認定申請書（新規・更新）

申請日： 年 月 日

一般社団法人日本作業療法士協会 御中

申請施設名：  
施設代表者名： 印  
作業療法士代表者名：  
会員番号：

厚生労働省指定の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のいずれかを受講し修了している者、もしくは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・上級研修を受講し臨床実習指導者研修修了認定を受けている者の氏名と会員番号（常勤職員に限る）

---

臨床実習指導施設として認定して頂きたく、下記の資料を添えて申請します

記

1. 臨床実習指導体制（組織）確認表
2. 情報開示確認書

以上

(第2号様式)

記載例

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇〇病院

〇〇大学〇〇学部  
〇〇長 〇〇 〇〇

### 臨床実習指導者受け入れ証明書

下記内容について、〇〇病院において〇〇大学〇〇部〇〇学科の臨地実習(6週間以上)が実施されたことを証明する。

#### 記

※申請年度以前5年間のうち3年間以上の証明書が必要になります。

例)2023年度に申請の場合、2018～2022年度の間で3年間以上必要。

実習年度		数
〇〇年度		
〇〇年度	〇月〇日～〇月〇日	〇名
〇〇年度	〇月〇日～〇月〇日	〇名
	(6週間以上が必要)	

(第2号様式)

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

(施設名)

殿

(養成校の長)

### 臨床実習指導者受け入れ証明書

下記内容について、貴施設（病院）において（養成校名）の臨地実習（6週間以上）が実施されたことを証明する。

#### 記

実習年度	実習期間	指導学生数

別表 1 (第 2 条第 4 号、第 3 条第 3 号関係)

臨床実習指導体制(組織)確認表

臨床実習受け入れ体制		
臨床実習の意義や目的を理解し、リハビリテーション部門及び作業療法部門として組織的に臨床実習を受け入れ、業務としての位置づけが明確である	<input type="checkbox"/>	臨床実習受け入れの調整担当者がある
	<input type="checkbox"/>	臨床実習受け入れの調整会議を開催している
	<input type="checkbox"/>	臨床実習指導に関する会議を開催している
	<input type="checkbox"/>	臨床実習に関わる関係部門との連絡と調整を行っている
臨床実習指導者の育成		
後輩の育成・指導の必要性を理解し、適切な指導ができる指導者の育成を目指している	<input type="checkbox"/>	臨床実習指導に関する研修等への参加を計画的に進めている
	<input type="checkbox"/>	臨床実習指導者会議への参加と報告をしている
	<input type="checkbox"/>	臨床実習指導者を指導する体制が整っている

確認作業療法士名：

---

(第3号様式)

年 月 日

## 情報開示確認書

一般社団法人  
日本作業療法士協会 御中

施設名

住所

電話番号

申請者名

印

一般社団法人日本作業療法士協会ホームページで臨床実習指導施設認定の情報を開示することについて、以下の通りに回答致します。

情報を開示します

情報を開示しません