別記第1号様式（第4条第1号関係）

作業療法士臨床実習指導者実践研修修了認定申請書

申請日：　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本作業療法士協会　御中

所属施設名：

申請者名：

会員番号：

作業療法士臨床実習指導者実践研修修了認定について以下の通り修了の資料を添えて

申請します。

記

1．臨床実習指導者証明書

2．本会の当該年度会員証の写し

3．情報開示確認書

別記第2号様式（第4条第2号関係）

年　　　月　　　日

（申請者名）

　　　　　　　　　　　殿

　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　（養成校の長）

臨床実習指導者証明書

　　下記内容について、○○病院における（養成校名）

　　の臨床実習（6週間以上）指導を実施したことを証明する。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習年度 | 実習期間 | 指導学生数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

別記第3号様式（第4条第3号関係）

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

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者実践研修修了

　　　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