

臨床実習指導者履歴書

(令和〇〇年〇〇月〇〇日現在)

ふりがな	しずおか たろう		必ず捺印して下さい		
氏名	静岡 太郎	印	生年月日	昭和 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
ふりがな	〇〇〇〇びょういん				
勤務先	〇〇〇〇病院				
ふりがな	〇〇けん〇〇し〇〇ちょう (〒〇〇〇-〇〇〇〇)			勤務先電話番号	
勤務先住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地			〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
卒業養成校	昭和 平成〇〇年〇月卒業 学校・養成所名： 専門学校〇〇医療学院 学部学科名： 作業療法学科				
作業療法士免許	登録年月日		登録番号		
	昭和 平成〇〇年〇〇月〇〇日		第〇〇〇〇〇号		
作業療法士協会員	協会員番号		OT協会番号を記入して下さい ※協会員でない場合は×		
認定・専門取得	認定取得		専門取得		
	OT協会の取得認定番号を記入して下さい ※ない場合は×		OT協会の取得認定番号を記入して下さい ※ない場合は×		
講習会・研修会の受講歴	PT・OT・ST養成施設教員等講習会		臨床実習指導者 中級・上級研修		
	受講年度を記入して下さい ※受講をしていない場合は×		受講年度を記入して下さい ※受講をしていない場合は×		
	臨床実習指導者講習会				
	修了証番号を記載してください				
専門職歴	年	月	職歴		
	昭和〇〇年	〇月	〇〇〇〇病院 入職		
	平成〇〇年	〇月	〇〇〇〇病院 退職		
	平成〇〇年	〇月	〇〇〇〇病院 入職		
			現在に至る		