

実習指導者業績証明書

申請者氏名 _____

会員番号 _____

実習を担当した養成校名 _____

実習期間(西暦) _____年 月 日 ~ _____年 月 日 (計 _____週)

上記申請者が、本校所属学生に対し、主たる指導者として実習指導を担当したことを証明します。

_____年 月 日

養成校実習責任者名: _____ 印

養成校実習責任者連絡先(電話番号): _____

※証明者による署名または捺印無き場合は無効

養成校ご担当者様へ

本証明書は、公益社団法人 日本理学療法士協会が運営する専門理学療法士制度において、申請者である理学療法士が学術研修活動を証明するために必要な書類です。

お手数ではございますが必要事項をご記入の上、申請者までご返送下さいますようお願い申し上げます。

ご不明な点については公益社団法人日本理学療法士協会までご連絡下さい。なお、証明書の発行状況についてお問い合わせをさせていただく場合がございますので、ご留意願います。

公益社団法人 日本理学療法士協会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5 日本理学療法士会館

TEL 03-5414-7911 FAX 03-5414-7913 E-mail: jpta@i.bekkoame.ne.jp

本証明書の発行は、以下の場合に適応されます。

- ・申請者が2週間以上の実習指導を行った場合
- ・申請者が上記期間において、実習生のマネジメントを担当すると同時に、実習生の担当する症例の少なくとも1例に関して直接指導に関わった場合

養成校への郵送時には 80 円切手を貼付した返信用封筒を同封すること