

臨床評価実習出席表

実習生氏名 _____ 臨床実習施設 _____

臨床実習指導者氏名 _____ 印

臨床実習期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

臨床実習総時間数 135 時間以上

| | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----|-----|---|---|---|---|---|---|
| 第1週 | 月/日 | / | / | / | / | / | / |
| | 出席印 | | | | | | |
| 第2週 | 月/日 | / | / | / | / | / | / |
| | 出席印 | | | | | | |
| 第3週 | 月/日 | / | / | / | / | / | / |
| | 出席印 | | | | | | |

印：出席、欠：欠席、遅：遅刻、早：早退

出席： _____ 日 欠席： _____ 日 遅刻： _____ 日 早退： _____ 日

備考(欠席、遅刻、早退の理由など)
