## 臨床実習日誌

北海道医療大学

リハビリテーション科学部

言語聴覚療法学科

実習生　　　　　学生番号

氏　　名

実習施設名

実習指導者名

実習期間　　自　西暦　　　　年　　月　　日

至　西暦　　　　年　　月　　日 　　　日間

実習日：　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　学生番号　　　　　　　　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 実習内容 | 指導者コメント |
|  |  |
| 実習生感想 |

　　指導者サイン欄：