出欠表　（臨床実習Ⅴ）

北海道医療大学　リハビリテーション科学部

理学療法学科　第４学年

学生番号　　　　　　　　　氏名

実習期間　　　　　　　年　　月　　日　～　　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 開始時刻終了時刻 | ：： | ：： | ：： | ：： | ：： | ：： |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |
| 押印欄 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 開始時刻終了時刻 | ：： | ：： | ：： | ：： | ：： | ：： |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |
| 押印欄 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 開始時刻終了時刻 | ：： | ：： | ：： | ：： | ：： | ：： |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |
| 押印欄 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 | 学生印 |

* 出席の場合は押印し、欠席・早退・遅刻の場合はその旨を記入

以上のとおり出席したことを証明する

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

臨床実習施設名

臨床実習指導者署名

やむを得ない理由で欠席・遅刻・早退する場合は、速やかに実習指導者に連絡する。また、下記の該当欄に日付と理由を記入し、実習指導者の確認を受ける。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 理由 |
| 欠席 | 　　月　　日 | 印 |
| 　　月　　日 | 印 |
| 　　月　　日 | 印 |
| 遅刻 | 　　月　　日 | 印 |
| 　　月　　日 | 印 |
| 　　月　　日 | 印 |
| 早退 | 　　月　　日 | 印 |
| 　　月　　日 | 印 |
| 　　月　　日 | 印 |