

臨床実習学生紹介書

京都大学医学部人間健康科学科 先端リハビリテーション科学コース作業療法学講座

ふりがな

氏名 _____ (男・女)

現住所 〒

_____ 電話 _____

緊急時（病気・事故など）連絡先

氏名（続柄） _____ ()

〒

住所 _____ 電話 _____

【健康状態・既往症】

【自分の長所，短所，興味，特技等】

【学習上の特性】

【大学連絡先】

京都大学医学部人間健康科学科 先端リハビリテーション科学コース作業療法学講座

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 53

TEL 075-753-9313 (教務掛)

075-751-3943 (稲富), 3819 (加藤), 3973 (梁), 3968 (山田), 3965 (岡橋・小川・田畑)

e-mail ot@hs.med.kyoto-u.ac.jp

【現時点で抱いている作業療法のイメージ】

【こんな作業療法士になりたい】

【実習に対する抱負】

記入日 年 月 日