

(様式第 15 号)

茨城県若手リハ専門職卒後研修への協力のお願い
(説明書および同意書)

説明者（受講者）名： _____

どの地域でも一定の質が担保されたリハビリテーションサービスを県民の皆さまに提供できることを目的として、リハビリテーション専門職（理学療法士/作業療法士/言語聴覚士）の卒後研修を受講中です。

この度、基本的な臨床技能について外部指導者による助言を受けることになり、下記についてご協力、ご同意いただきますようお願いいたします。

記

1. 外部指導者による評価指導について

- 通常のリハビリの時間内に外部指導者が同席をさせていただきます
- 外部評価者へ貴殿の個人情報について一部提供することがあります
例：氏名、年齢、診断名、発症日、現病歴、既往歴、入院前の状況、など
- 日時は _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分を予定しています

以上

内容について確認しました

年 月 日

氏名： _____