実　習　施　設　承　諾　書

　当施設が、診療放射線技師学校養成所指定規則に規定する臨床実習施設として、

下記により臨床実習を担当することについて承諾する。

　　　　年　　月　　日

実習施設名

施設所在地

開設者氏名

（養成所代表者）　　殿

記

　　　　　　実習受入１回当たりの受入人数　　　　　　　　　　　　 　人

　　　　　　実習受入１回当たりの時間数 　時間

　　　　　　年間受入回数 回

実習指導者は、診療放射線技師養成所指導ガイドラインに準拠した臨床実習を行う。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導者氏名 | 免許取得年月  （元号で記載のこと） | 実務経験年数 | 受講講習会　※ |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 済・未受講(受講予定日：　年　月　日） |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 済・未受講(受講予定日：　年　月　日） |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 済・未受講(受講予定日：　年　月　日） |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 済・未受講(受講予定日：　年　月　日） |

（添付書類）　実習指導者の履歴書、免許証の写し及び講習会等の受講修了書の写し