

実習施設に関する調書

実習施設名				
病床数 (又は入所定員)				
実習生受入状況 (令和 年度)	養成所名	年間受入延人数 (実 数)		
		()		
		()		
		()		
	期 間	人数又は件数		
最近1年間の両眼視機能の回復のための矯正訓練 又はこれに必要な検査を受けた患者延数		人		
最近1年間の斜視手術取扱数		件		
当該施設の実習用設備	品 目	保有の有無		数量
ア. ガイドラインに定める機械器具	角膜形状解析装置一式	有	無	
	角膜内皮細胞測定装置	有	無	
	三次元眼底解析装置 (SLO、OCT等)	有	無	
	瞳孔反応測定装置 (イリスコーダー)	有	無	
イ. その他				

(記入上の注意)

「実習生受入状況」は、申請時の前年度の実績を記入すること。