実　習　施　設　承　諾　書

　当施設が、義肢装具士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） |

当該施設における実習用設備

1. 専用実習室の数等
2. 保有する機械器具

（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を添付すること。