実　習　施　設　承　諾　書

　当施設が、臨床工学技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 　　　 　　　　 計 時間

　　　・血液浄化療法に関する実習　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　時間

　　　・呼吸療法に関する実習及び循環器に関する実習　　　　　　　　　　　 時間

・治療機器に関する実習及び医療機器管理業務に関する実習　　　　　　 時間

・その他（　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 時間

年間受入回数 　　　　 回

実習指導者は、臨床工学技士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