臨床実習指導施設認定申請書

公益社団法人日本診療放射線技師会長 様

申請日　　　　　年　　　　　月　　　　　日

フリガナ

施設名

フリガナ

施設長名

当施設は公益社団法人日本診療放射線技師会「臨床実習指導施設の認定に関する規定」に基づき、所定の書類を添えて、公益社団法人日本診療放射線技師会臨床実習指導施設として認定いただきたく申請します。

下記のどちらかの番号に○をお付けください。i

**１．新規 ２．更新**

該当する申請区分にすべてに○をお付けください。

# **１．画像診断Ⅰ(CT・MR)ii ２．画像診断Ⅱ**（画像診断 I 以外の画像診断）**iii ３．核医学診断 ４．放射線治療**

◎書類提出責任者iv

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  |   |  JART会員番号  |
| 氏名  |   |  |
| 所属施設名・科名  |   |
| 所属施設住所  |   |
| 電話  |   | ＦＡＸ  |   |
| メールアドレス  |   |

|  |
| --- |
| 〇臨床実習指導教員名(代表者) |
| フリガナ  |  | JART会員番号 |
| 氏名  |  |  |

## 施設概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 基本情報  | 施設名  施設長名住所  電話番号 　　　　（ ）病床数 （ ）床平均外来者数 （ ）人v 放射線科（部）受診者数 （ ）人vi 職員数 （ ）人vii  |
| 放射線科の構成viii  | 技師長名 （ ）診療放射線技師数 人 |
| モダリティの構成ix  | 診療用エックス線装置 （ ）台  うち移動型 （　　）台、歯科用（　） 台）エックス線用テレビ装置 （　　） 台血管造影装置 （　　）台乳房撮影装置 （　　） 台 医用エックス線コンピュータ断層撮影装置 （　　） 台磁気共鳴画像診断装置 （　　）台超音波画像診断装置 （　　）台眼底写真撮影装置 （　　） 台診療用高エネルギー放射線発生装置 （　　）台 診療用放射線照射装置 （　　） 台 診断用核医学装置 （　　）台 その他（ ）（　　）台その他（ ）（　　）台その他（ ）台 |

記載にあたっての注意事項

1. 前回申請した際と区分が異なる場合には新規となる。
2. 医用エックス線コンピュータ断層撮影装置・磁気共鳴画像診断画像診断装置を所有しており、臨床実習での指導が行われること。
3. 診療用エックス線装置・エックス線用テレビ装置・血管造影装置・超音波画像診断装置を所有しており、臨床実習での指導が行われること。
4. 申請に係る事務的手続き全般を含め、本会とのやりとりを行う実務者の情報を記入する。
5. 年間の平常診療日の一日当たりの外来者数。

vi年間の平常診療日の一日当たりの放射線科受診者数。

1. 非常勤職員は含めない。
2. 各人数に非常勤職員は含めない。
3. 放射線科で所有のものに限る。