

実習施設承諾書

(記入例)

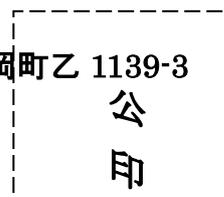
当施設が、言語聴覚士学校養成施設指定規則に規定する実習施設として、下記により臨床実習を担当することについて承諾する。

平成 年 月 日

実習施設名 ○○○○病院

施設所在地 高知県土佐市高岡町乙 1139-3

開設(設置)者氏名 学園 太郎



高知リハビリテーション学院

学院長 大倉 三洋 殿

院長名または施設長名をご記入ください

実習受入 1 回とは 1 期間(7 週間)のことです
1 期あたりの受入人数を記入してください(I 期・II 期)で異なる人数の場合は平均の人数
をご記入ください)

記

1 週間を 45 時間と計算し、臨床実習
1 期あたりの期間が 7 週間ですの
で、315とご記入ください

実習受入 1 回当たりの受入人数

1 人

実習受入 1 回当たりの時間数

315 時間

年間受入回数

1 回

実習指導者氏名	免許取得年月	免許番号	実務経験年数	所属・職名
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	
Ⓜ	年 月	第 号	年 月	

(注)「実習指導者」の欄は、当該実習施設の実習指導者を記入し、国家資格免許取得年月および免許番号、当該養成施設種別に係る臨床経験年数、本務の所属先を記入すること。また、言語聴覚士免許の写し(コピー)を添付すること。