

臨床実習指導施設登録申請書

(社) 日本放射線技師会
会長 中澤 靖夫 殿

フリガナ

施設名

フリガナ

施設長名

㊟

当施設は社団法人日本放射線技師会臨床実習指導施設規定に基づき、所定の書類を添えて、社団法人日本放射線技師会臨床実習指導施設としての登録を申請します。

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. 一般撮影ⁱⁱ 2. 高度画像診断ⁱⁱⁱ 3. 核医学 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	F A X	
メールアドレス		
認定資格等 (取得しているものにチェックを付け、必要な部分は記入してください。)	<input type="checkbox"/> 臨床実習指導教員 <input type="checkbox"/> 放射線管理士 <input type="checkbox"/> 放射線機器管理士 <input type="checkbox"/> 医用画像情報管理士 <input type="checkbox"/> 放射線治療専門技師 <input type="checkbox"/> 放射線治療品質管理士 <input type="checkbox"/> 核医学専門技師 <input type="checkbox"/> MR専門技術者	<input type="checkbox"/> 臨床技術能力検定 (技能・級) (技能・級) (技能・級) (技能・級) (技能・級) (技能・級) (技能・級)

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 臨床実習指導教員数 人 放射線機器管理士数 人 放射線管理士数 人 放射線治療専門技師数 人 医用画像情報管理士数 人 放射線治療品質管理士数 人 核医学専門技師数 人 MR専門技術者数 人 技能検定 (技能・ 級) 人 技能検定 (技能・ 級) 人 技能検定 (技能・ 級) 人 技能検定 (技能・ 級) 人 技能検定 (技能・ 級) 人 技能検定 (技能・ 級) 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)

臨床実習指導者概要書^x

臨床実習指導者

フリガナ		JART 会員番号
氏名		
メールアドレス		
認定資格等 (取得しているものにチェックを付け、必要な部分は記入してください。)	<input type="checkbox"/> 臨床実習指導教員 <input type="checkbox"/> 放射線管理士 <input type="checkbox"/> 放射線機器管理士 <input type="checkbox"/> 医用画像情報管理士 <input type="checkbox"/> 放射線治療専門技師 <input type="checkbox"/> 放射線治療品質管理士 <input type="checkbox"/> 核医学専門技師 <input type="checkbox"/> MR専門技術者	<input type="checkbox"/> 臨床技術能力検定 (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級)

臨床実習指導者

フリガナ		JART 会員番号
氏名		
メールアドレス		
認定資格等 (取得しているものにチェックを付け、必要な部分は記入してください。)	<input type="checkbox"/> 臨床実習指導教員 <input type="checkbox"/> 放射線管理士 <input type="checkbox"/> 放射線機器管理士 <input type="checkbox"/> 医用画像情報管理士 <input type="checkbox"/> 放射線治療専門技師 <input type="checkbox"/> 放射線治療品質管理士 <input type="checkbox"/> 核医学専門技師 <input type="checkbox"/> MR専門技術者	<input type="checkbox"/> 臨床技術能力検定 (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級) (技能・ 級)

記載にあたっての注意事項

- i 前回申請した際と区分が異なる場合には新規となる。
- ii 診療用エックス線装置・エックス線用テレビ装置のいずれかを所有している。
- iii 高度画像診断とは、血管造影装置・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・超音波画像診断装置を所有している。
- iv 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。
- v 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。
- vii 非常勤職員は含めない。
- viii 各人数に非常勤職員は含めない。
- ix 放射線科で所有のものに限る。
- x 臨床実習の指導に当たるすべての者について記載する。