

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 医療画像情報精度管理士数 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 基礎技術講習合格証 () 人 基礎技術講習合格証 () 人 基礎技術講習合格証 () 人 基礎技術講習合格証 () 人 基礎技術講習合格証 () 人 基礎技術講習合格証 () 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"/> 医療画像情報精度管理士 <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"/> 基礎技術講習合格証 () () () () () () ()

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"/> 医療画像情報精度管理士 <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"/> 基礎技術講習合格証 () () () () () () ()

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。