

臨床実習指導教員 資格更新申請書

申請日： 20 年 月 日

公益社団法人日本診療放射線技師会長 様

資格認定番号 : _____
 施設名 : _____
 本会会員番号 : _____
※非会員の場合は不要
 氏名 : _____

私は臨床実習指導教員の資格更新にあたり、以下の申請をいたします。

※必ずどちらかにチェックを記入してください。

e-learningによる更新講習会の受講ならびに確認試験を受験することにより、資格更新をいたします。
 以下の申請書類の内容に基づいて資格更新をいたします。

1. 申請内容

種別	項目	2018	2019	2020	2021	2022	付与カウント
I 指導実績(1) (資料添付)	1 臨床実習指導						1項目のみ10/年 2項目以上でも年20 カウントまで
	2 臨床実習指導指導計画の作成						
	3 臨床実習生受け入れまでの準備と調整のチェックリスト作成						
	4 臨床実習指導カリキュラム(指導計画)会議の企画・運営・参加						
	5 施設での臨床実習の手引書作成(養成校作成の手引書は除く)						
	6 臨床実習オリエンテーションの実施						
	7 臨床実習日報やデイリーワーク等への指導実績(サイン・押印のみは除く)						
	8 臨床実習報告会(プレゼンテーション)の実施						
	9 臨床実習評価表の作成						
	10 臨床実習指導者フィードバック用アンケートの実施						
	11 各養成学校主催の臨床実習指導者会議参加						
	12 施設内での他職種への教育等の実施						
	13 施設内での新人研修や人材育成研修会の実施						
	14 養成機関での学生指導						
指導実績(2) (資料不要)	1 臨床実習指導施設登録施設						20/年
II 研修実績 (資料添付)	1 臨床実習や教育に関する研修実績(JARTが生涯教育カウントを付与しないものに限る)						
	①学会・講習会参加						1/時間
	②講師・演者						10/回
	③学術資料						30/篇
	④学術論文						50/篇
III その他 (資料添付)	(添付資料必要。ただし日本診療放射線技師会学術大会等、JART生涯教育カウントが付与される事業に関する実績は除く)						

注) 添付資料が必要な項目は、不備により実績カウントが無効にならないようご注意ください。

計 _____

2023年9月末日(当日消印有効)までにご提出ください。

臨床実習指導教員 資格更新申請書

申請日： 20 年 月 日

公益社団法人日本診療放射線技師会長 様

資格認定番号 : _____
 施設名 : _____
 本会会員番号 : _____
※非会員の場合は不要
 氏名 : _____

私は臨床実習指導教員の資格更新にあたり、以下の申請をいたします。

※必ずどちらかにチェックを記入してください。

e-learningによる更新講習会の受講ならびに確認試験を受験することにより、資格更新をいたします。

以下の申請書類の内容に基づいて資格更新をいたします。

1. 申請内容

種別	項目	2018	2019	2020	2021	2022	付与カウント
I 指導実績(1) (資料添付)	1 臨床実習指導	レ1	レ3		レ7	レ9	1項目のみ10/年 2項目以上でも年20 カウントまで
	2 臨床実習指導指導計画の作成						
	3 臨床実習生受け入れまでの準備と調整のチェックリスト作成			レ5			
	4 臨床実習指導カリキュラム(指導計画)会議の企画・運営・参加		レ4				
	5 施設での臨床実習の手引書作成(養成校作成の手引書は除く)						
	6 臨床実習オリエンテーションの実施						
	7 臨床実習日報やデイレクター等への指導実績(サイン・押印のみは除く)	レ2					
	8 臨床実習報告会(プレゼンテーション)の実施						
	9 臨床実習評価表の作成			レ6			
	10 臨床実習指導者フィードバック用アンケートの実施				レ8		
	11 各養成学校主催の臨床実習指導者会議参加						
	12 施設内での他職種への教育等の実施					レ10	
	13 施設内での新人研修や人材育成研修会の実施						
	14 養成機関での学生指導						
指導実績(2) (資料不要)	1 臨床実習指導施設登録施設						20/年
II 研修実績 (資料添付)	1 臨床実習や教育に関する研修実績(JARTが生涯教育カウントを付与しないものに限る)						
	①学会・講習会参加						1/時間
	②講師・演者						10/回
	③学術資料						30/篇
	④学術論文						50/篇
III その他 (資料添付)	(添付資料必要。ただし日本診療放射線技師会学術大会等、JART生涯教育カウントが付与される事業に関する実績は除く)						

注) 添付資料が必要な項目は、不備により実績カウントが無効にならないようご注意ください。

計

種別	項目	カウント
I 指導実績(1)	1 臨床実習指導 2 臨床実習指導指導計画の作成 3 臨床実習生受け入れまでの準備と調整のチェックリスト作成 4 臨床実習指導カリキュラム(指導計画)会議の企画・運営・参加 5 施設での臨床実習の手引書作成(養成校作成の手引書は除く) 6 臨床実習オリエンテーションの実施 7 臨床実習日報やデイリーワーク等への指導実績(サイン・押印のみは除く) 8 臨床実習報告会(プレゼンテーション)の実施 9 臨床実習評価表の作成 10 臨床実習指導者フィードバック用アンケートの実施 11 各養成学校主催の臨床実習指導者会議参加 12 施設内での他職種への教育等の実施 13 施設内での新人研修や人材育成研修会の実施 14 養成機関での学生指導	1項目のみ10/年 2項目以上20/年
	指導実績(2)	1 臨床実習指導施設登録施設
II 研修実績	1 臨床実習や教育に関する研修実績 (JARTが生涯教育カウントを付与しないものに限る) ①学会・講習会参加 ②講師・演者 ③学術資料 ④学術論文	1/時間 10/回 30/篇 50/篇
III その他	別に定める	

- I 指導実績(1)
- 1 指導対象者および指導者の人数、指導時間数は問わない。報告書は書式1を使用。
 - 2 臨床実習期間中の具体的な日程表あるいは、各モダリティでの指導指導内容や指導者名が記されていること。
 - 3 チェックリストを添付する。
 - 4 開催日時、参加者名、具体的な臨床実習指導に関する決定事項が記されている議事録を添付すること。
 - 5 技術指導の手引書は、指導される側の手引きを指す。改訂された場合、その記録が残っていること。その写しを添付すること。養成校が作成した手引書は含まない。
 - 6 開催日時、参加者名、具体的なオリエンテーション内容が記されている資料を添付すること。
 - 7 サインや押印のみは除く。
 - 8 開催日時、発表者名、演題名等具体的な内容が記されている資料を添付すること。
 - 9 学力評価ならびに情意評価を包括していること。ルーブリック式の行動や態度に関する具体的な到達目標が記されていることが望ましい。その写しを添付する。
 - 10 指導員自らの評価を受けるシステムが構築されていてかつ、指導に生かせる体制が整えられていること。アンケート分析結果の写しを添付する。
 - 11 参加を証明するものを添付。
 - 12 開催日時、参加者名、演題名等、具体的な指導内容が記されている資料を添付すること。
 - 13 指導対象者および指導者の人数、指導時間数は問わない。報告書は書式2を使用。開催日時、参加者名、演題名等、具体的な指導内容が記されている資料を添付すること。
 - 14 シラバス、委嘱状等、実績を証明するものを添付する。
- 指導実績(2)
- 1 公益社団法人日本診療放射線技師会登録施設勤務者。添付資料は必要ない。
- II 研修実績
- ①資料等添付すること。
- III その他
- 臨床実習指導に関する上記以外の実績。個別に本会委員会で審査し、カウントを決定する。

書式 臨1

臨床実習指導実績 報告書

20 年 月 日

公益社団法人日本診療放射線技師会長 様

臨床実習指導を以下の内容で行ったので報告します。

養成機関形態*	養成機関名*	実習内容*	実習人数	実習期間	指導者人数

施設名 _____

所属 _____

認定番号 _____

技師会番号 _____

氏名 _____ 印

*養成機関形態,機関名,実習内容については、別紙のコード表よりコード番号を記入して下さい。

臨床実習指導実績 報告書 コード表 (2022年 6月現在)

コードNo.	形態	コードNo.	養成機関名	コードNo.	実習内容
11	大学(国立)	1	北海道大学	10	診断領域全般
12	大学(公立)	2	弘前大学	11	一般
13	大学(私立)	3	東北大学	12	透視
23	短大(私立)	4	新潟大学	13	心・血管
30	専門学校全日制	5	金沢大学	14	CT
40	専門学校定時制	6	名古屋大学	15	MRI
		7	大阪大学	16	超音波
		8	岡山大学	20	核医学
		9	徳島大学	30	放射線治療
		10	九州大学		
		11	熊本大学		
		12	福島県立医科大学		
		13	茨城県立医療大学		
		14	群馬県立県民健康科学大学		
		15	東京都立大学		
		16	北海道科学大学		
		17	日本医療大学		
		18	新潟医療福祉大学		
		19	国際医療福祉大学		
		20	国際医療福祉大学		
		21	つくば国際大学		
		22	群馬パース大学		
		23	日本医療科学大学		
		24	駒澤大学		
		25	順天堂大学		
		26	帝京大学		
		27	帝京大学		
		28	杏林大学		
		29	北里大学		
		30	藤田医科大学		
		31	岐阜医療科学大学		
		32	鈴鹿医療科学大学		
		33	京都医療科学大学		
		34	大阪物療大学		
		35	森ノ宮医療大学		
		36	神戸常盤大学		
		37	広島国際大学		
		38	徳島文理大学		
		39	純真学園大学		
		40	川崎医療福祉大学		
		41	日本文理大学		
		42	北海道医薬専門学校		
		43	城西放射線技術専門学校		
		44	中央医療技術専門学校		
		45	東京電子専門学校		
		46	東洋公衆衛生学院		
		47	東海医療技術専門学校		
		48	静岡医療科学専門大学校		
		49	大阪行岡医療専門学校長柄校		
		50	清恵会第二医療専門学院		
		51	大阪ハイテクノロジー専門学校		
		52	神戸総合医療専門学校		
		53	日本文理大学医療専門学校		
		54	鹿児島医療技術専門学校		
		55	自衛隊中央病院 診療放射線技師養成所		

書式 臨2

院内研修実績 報告書

20 年 月 日

公益社団法人日本診療放射線技師会長 様

研修者情報*	研修内容	研修人数	研修習期間	指導者人数

施設名 _____

所属 _____

認定番号 _____

技師会番号 _____

氏名 _____ 印

* 研修者情報には職業、研修内容についての経験などを記載してください。

臨床実習指導施設登録施設一覧表(2023年5月現在)		
番号	施設名	所属
1	東京慈恵会医科大学附属病院	東京都
2	富士市立中央病院	静岡県
3	社会医療法人寿楽会大野記念病院	大阪府
4	社会医療法人春回会長崎北病院	長崎県
5	東京医科大学茨城医療センター	茨城県
6	パナソニック健康保険組合松下記念病院	大阪府
7	国民健康保険 小松市民病院	石川県
8	医療法人社団顕鐘会神戸百年記念病院	兵庫県
9	医療法人医誠会 医誠会病院	大阪府
10	独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター	広島県
11	昭和大学病院	東京都
12	霧島市立医師会医療センター	鹿児島県
13	昭和大学藤が丘病院	神奈川県
14	九州大学病院	福岡県
15	済生会川口総合病院	埼玉県
16	東京慈恵会医科大学附属第三病院	東京都
17	医療法人社団協友会 彩の国東大宮メディカルセンター	埼玉県
18	茨城西南医療センター病院	茨城県
19	京都第二赤十字病院	京都府
20	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	愛知県
21	上尾中央総合病院	埼玉県
22	昭和大学江東豊洲病院	東京都
23	東京慈恵会医科大学附属柏病院	千葉県
24	医療法人社団 愛友会 津田沼中央総合病院	千葉県
25	国保水俣市立総合医療センター	熊本県
26	JA愛知厚生連 安城更生病院	愛知県
27	藤田医科大学病院	愛知県
28	公益財団法人 慈愛会 今村総合病院	鹿児島県
29	平塚共済病院	神奈川県
30	県立宮崎病院	宮崎県
31	社会医療法人厚生会 木沢記念病院	岐阜県
32	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター	東京都
33	豊橋市民病院	愛知県
34	日本大学医学部附属板橋病院	東京都
35	一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院	福島県
36	獨協医科大学病院	栃木県
37	国立病院機構 大牟田病院	福岡県

実務経験証明書

公益社団法人 日本診療放射線技師会 御中

申請者氏名 _____

申込者区分 _____ 会員 ・ _____ 非会員

JART 会員番号 _____

上記の者は、本施設において、_____年間診療放射線技師として従事していることを証明します。

西暦 年 月 日

施設名 _____

所属長名 _____ 印

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。

- 注1) JART会員の方は原則不要です。
- 注2) JART会員でない方はご勤務先が不明ですので、指導実績(2)をご申請される場合は必ず添付していただきますようお願いいたします。
- 注3) 5年間の勤務経験が複数の施設をまたぐ場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明して下さい。