

様式第1-5号 (第2条関係)

実習施設承諾書

当施設が、柔道整復師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。

年 月 日

実習施設名
施設所在地
開設者氏名 印

盛岡医療福祉専門学校
校長 龍澤 正美 様
(養成所代表者)

記

実習受入1回当たりの受入人数 人
実習受入1回当たりの時間数 時間
年間受入回数 回

実習指導者氏名	承認印又は署名	免許取得年月	実務経験年数	所属・職名
	印	年 月	年 月	
	印	年 月	年 月	
	印	年 月	年 月	
	印	年 月	年 月	

(記入上の注意)

「実習指導者氏名」の欄は、当該実習施設の実習指導者をすべて記入し、本務の所属先及び当該養成施設種別に係る臨床経験年数を記入すること。

(添付書類)

実習施設の調書、実習指導者の調書及び免許証の写しを添付すること。