

実習施設承諾書

当施設が、言語聴覚士法養成所指定規則に規定する臨床実習施設として、下記により臨床実習を担当することについて承諾する。

令和 年 月 日

実習施設名

施設所在地

開設(設置)者氏名

印

学校法人 青丹学園
関西学研医療福祉学院
理事長 岡田憲太郎 様

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	免許番号	実務経験年数
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月
	印	平成 年 月		年 月

当該施設における実習用設備

①専用訓練室の数等

②保有する機械器具 (別添)

(添付書類)

実習指導者の免許証の写しを添付