様式４（第７条関係）

平成　　年　　月　　日

　公立藤岡総合病院長　あて

教育機関名

代表者職名

代表者氏名

公立藤岡総合病院臨地実習辞退届

　貴院における臨地実習の辞退について，下記のとおり届け出いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　辞退者氏名 |  |
| ２　時期、期間 |  |
| ３　辞退理由 |  |