様式１（第２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生受入れ申込書

本教育機関の学生について下記のとおり実習させたいため、公立藤岡総合病院臨地実習受入実施要綱第２条第１項の規定により申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生の氏名 | 学部、学年等 | 実習目的 | 希望時期、期間、実日数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※添付書類 　　①実習目的、実習希望内容について記載した資料

（様式任意）　 ②実習生に関する資料（住所、緊急時の連絡先等）

注）臨地実習を受け入れることができない場合は、②は複写を残さず返却します。

連絡先　所　　属：

氏　　名：

電話番号：