

様式第4号（第3条第2項）

年 月 日

【養成機関等代表者】 様

兵庫県姫路市飾磨区三宅2丁目36番地  
医療法人公仁会 姫路中央病院  
病院長 金丸 太一 印

## 実 習 受 入 不 許 可 通 知 書

年 月 日付で申込みのありました臨地実習について、  
貴実習生を受入れる事ができませんので、その旨通知致します。

(理由)

---

---

---