様式第１号（第３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療法人公仁会　姫路中央病院

病院長　金丸　太一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（養成機関等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　実習許可申請書

貴院の実習生として、下記のとおり実習を委託したく、関係書類を添えて申請します。

記

１　実習科目

２　実習目的

３　実習診療科等

４　実習期間　　①　　年　　月　　日（　　）～　　　年　　月　　日（　　）　日間

　　　　　　　　②　　年　　月　　日（　　）～　　　年　　月　　日（　　）　日間

　　　　　　　　③　　年　　月　　日（　　）～　　　年　　月　　日（　　）　日間

　　　　　　　　④　　年　　月　　日（　　）～　　　年　　月　　日（　　）　日間

　　　　　　　　⑤　　年　　月　　日（　　）～　　　年　　月　　日（　　）　日間

５　実習人数　　①　　人、②　　人、③　　人、④　　人、⑤　　人（延人数　　　人）

６　添付書類　　実施要項（自習目的・内容等）　　　　通

　（様式２又は任意様式）その他（ワクチン接種及び感染症抗体保有検査報告書等）　　通

【遵守事項】

１．実習に際しては、貴院の諸規則を遵守するとともに、貴院の指示に従います。

２．実習生が故意又は過失により貴院に損害を与えた場合又は実習生が被災した場合は、当方が一切の責任を負います。

【事務部使用欄】

上記のとおり、ご依頼のあった実習生の受入について以下のとおり回答致します。

* 可能
* 不可能　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（西暦）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長（署名）　　　　　　　　　　印