( 様式Ⅰ)

　年　　月　　日

**臨床実習委託申請書**

日本赤十字社長崎原爆病院

院長　　谷口　英樹　　あて

委託機関の所在地

委託機関の長

貴院における臨地実習として、下記のとおり受け入れいただきたく

申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 実　　習　　名 | 病院実習（実習場所：　　　　　　　　） |
| 実習を委託しようとする学生・生徒等の代表者氏名 | 他　　　名（名簿別紙） |
| 実　習　内　容 |  |
| 期　 　　間 | 自　　西暦　　　　年　　　月　　　日至　　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |

（別 紙）

臨地実習生の名簿

|  |  |
| --- | --- |
| 実習生氏名 | 実習生氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |