　年　　月　　日

(様式Ⅰ)

**臨床実習・研修委託申請書**

日本赤十字社長崎原爆病院

院長　　谷口　英樹　　様

委託機関の所在地　〒

委託機関名称

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 実　　習　　名 | （　　　年次） |
| 委託先部署 |  |
| 人数 | 人（氏名等は別紙名簿に記載） |
| 実　習　内　容 |  |
| 期　 　　間 | 自　　西暦　　　　年　　　月　　　日  至　　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 実　　習　　料 | （例：１人あたり、1,000円／日） |
| 備考 |  |

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習担当者 | 部署 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| MAIL |  |

　年　　月　　日

**臨床実習・研修　参加者名簿**

|  |  |
| --- | --- |
| 学　　 校　 　名 |  |
| 委託先部署 |  |
| 実習名 |  |
| 期　 　　間 | 自　　西暦　　　　年　　　月　　　日  至　　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 参加者氏名 | ・  ・  ・  ・  ・  ・  ・  ・  ・ |
| 備考 |  |

実習担当者名：

連絡先　TEL：

MAIL：