年　　月　　日

日本赤十字社長崎原爆病院長　様

依頼元

（公印省略）

実習前新型コロナウイルス検査申請書

　以下のとおりに検査いただきますようお願いいたします。

記

１，実習について

　　学科名　：　○○学部

実習名　：

期　間　：　○○年○○月○○日～○○年○○月○○日

人　数　：

２，検査希望人数　：　〇人

３，検査希望日　　：　○○年○○月○○日（　）

※検査日については、病院の実習担当者と相談の上、実習開始の３日以内にお願いいたします。希望日に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

４，費用

　　１人当たり５,０００円（税込）

以上

【担当】

氏名：

TEL:

MAIL：