様式第１号（第２条関係）

　　年　　月　　日

公立富岡総合病院　院長　あて

教育機関名

代表者職名

代表者氏名

公立富岡総合病院　臨地実習生受入申込書

本教育機関の学生について下記のとおり実習させたいため、公立富岡総合病院臨地実習受入実施要綱第２条第１項の規定により申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生の氏名 | 学部、学年等 | 実習目的（実習名称等） | 希望時期、期間、実日数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※添付書類 　　①実習目的、実習希望内容について記載した資料

（様式任意）　 ②実習生に関する資料（住所、緊急時の連絡先等）

注）・臨地実習を受け入れることができない場合は、②は複写を残さず返却します。

　　・申込書提出時点で、「学生の氏名」が未定の場合は「未定」と記入し、決定した時点で

　　　公立富岡総合病院臨地実習生決定届（様式第２号）を用いて報告すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　【担当者連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所：　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　教育機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　：