

期限： 実習開始前年度の3月末日まで
提出： 教育機関 → 病院

様式第1号（第2条関係）

令和 3 年 10月 1日

公立富岡総合病院 院長 あて

教育機関名 ●●看護専門学校
代表者職名 学 長
代表者氏名 ●● ●●

公立富岡市総合病院 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
未 定	2年	基礎看護実習Ⅱ	令和4年5月1日~5月31日 (内20日間) 20名
未 定	1年	基礎看護実習Ⅰ	令和4年5月1日~5月31日 (内20日間) 10名

※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： 〒123-4567 群馬県●●市●●1234-5
教育機関名： ●●看護専門学校
所 属： 教務課 ●●係
担当者名： ●● ●●
電話番号： 0274-12-3456