

期限： 実習開始の1ヶ月前まで

提出： 教育機関 → 病院

様式第2号（第2条関係）

令和 4 年 3 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 ●● ●●

公立富岡総合病院臨地実習生決定届

令和 3 年 10 月 1 日付けで申込みをしたこのことについて、実習生を決定しましたので、公立富岡総合病院臨地実習受入実施要綱第2条第1項ただし書きの規定により届け出ます。

記

学生の氏名	学部、学年等	時期、期間、 実日数	備考
看護 花子	2年	令和4年5月1日~5月31日 (内20日間)	
看護 一郎	2年	令和4年5月1日~5月31日 (内20日間)	
看護 直子	2年	令和4年5月1日~5月31日 (内20日間)	
看護 正子	2年	令和4年5月1日~5月31日 (内20日間)	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

注) 時期、期間については、公立富岡総合病院で指定したものを記入すること。

※添付書類（様式任意） ・実習生に関する資料（住所、緊急時の連絡先等）

【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