

臨地実習生受入申請書

社会医療法人石川記念会 HITO 病院
病院長殿

(養成機関等)

住 所

名 称

代表者

印

貴院の実習生として、下記のとおり実習を委託したく、関係書類を添えて申請します。

記

1 実習期間	年 月 日 () ~	年 月 日 () 日間	名
※今年度分全て	年 月 日 () ~	年 月 日 () 日間	名
ご記入下さい	年 月 日 () ~	年 月 日 () 日間	名
	年 月 日 () ~	年 月 日 () 日間	名
	年 月 日 () ~	年 月 日 () 日間	名

2 実習人数	人 (延人数: 人)
3 添付書類	実施要項 (実習内容等) 通
	その他 通

【遵守事項】

1. 実習に際しては、貴院の諸規則を遵守するとともに、貴院の指示に従います。
2. 実習生が故意又は過失により貴院に損害を与えた場合又は実習生が被災した場合は、当方が一切の

≪事務部使用欄≫

上記のとおり、依頼のあった実習生受入について以下のとおり回答致します。

☐ 可能

☐ 不可能 (理由:)

年 月 日
所属長 (署名)

㊞