様式第1号（第3条関係）

年　　　月　　　日

臨床実習生受入申請書

加古川中央市民病院

院長　　　　　　　様

|  |
| --- |
| （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（　） |
|  |  | 年　　月　　日（　） | ～ | 年　　月　　日（　） |
|  |  | 年　　月　　日（　） | ～ | 年　　月　　日（　） |
| ２ | 実習日数 | 実習期間のうち | 日間 |  |
| ３ | 実習人数 |  | 人 | （延人数：　　　　　人） |
| ４ | その他 | （実習日、実習内容等） |
|  |  | 別紙のとおり |

【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、当方が一切の責任を負います。

以上

≪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）　　　　　　　　　　　　㊞