

(記入例)

別記様式第1－2（医療関係団体等）

病 院 研 修 申 請 書

研修開始日の約2ヶ月前までにご提出願います。

令和 〇〇年 〇月 〇日

福井大学医学部附属病院長 殿

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
団体名 〇〇病院
氏 名 〇〇 〇〇
(医療関係団体名・代表者名)

貴病院において下記のとおり研修したいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 研修者名 〇〇 〇〇

2 職 種 〇〇〇〇

3 研修内容 栄養サポートチーム実地研修

4 研修期間 令和 〇〇年 〇月 〇日 ～ 令和 〇〇年 〇月 〇日 （実数5日）

5 研修担当者連絡先

所属・氏名 △△△部・〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

6 遵守事項

- (1) 研修に際しては、貴病院の諸規則を遵守させるとともに、貴病院の責任者の指示に従わせます。
- (2) 万一、研修生が故意又は過失等により貴病院に損害を及ぼした場合又は研修生が被災した場合は、当機関が一切の責任を負います。
- (3) 研修中に知り得た貴病院に関わるあらゆる情報に関して、研修生及び当機関は情報の漏洩はしません。

研修開始期間は実地研修初日の日付を記載してください。
研修費は研修開始前日までに納金ください。