

(記入例)

別紙様式第 1

実 習 委 託 申 請 書

実習開始日の約1ヶ月前までにご提出願います。

○年 ○月 ○日

福井大学医学部附属病院長 殿

住所 〒○○○・・・

養成機関等名 ○○短期大学

代表者名 ○○・・・

印

貴病院において、下記のとおり実習を委託したいので、申請します。

記

1. 氏名及び実習期間等

氏 名	年齢	実 習 期 間	実習希望部	備 考
○○・・・	20	○年○月○日～ ○年○月△日	例) リハビリテーション部	
△△・・・	21	令和○年○月○日～ 令和○年○月△日	//	備考欄には研修の実日数をご記入下さい。

2. 実習内容

例) 理学療法の臨床実習

表に入りきらない場合は同様式の別紙を添付して下さい。

3. 実習担当者連絡先

所属・氏名 ○○短期大学 教務課 △△・・・

電話番号 0776-00-0123

4. 遵守事項

- (1) 実習に際しては、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、実習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実習生が被災した場合は、当養成機関が一切の責任を負います。
- (3) 実習中に知り得た貴病院に関わるあらゆる情報に関して、情報の漏洩はしません。