第１号様式

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構

まつもと医療センター院長　　殿

（養成機関等）

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり受託実習生の委託の申込みをいたします。

記

１　学生（生徒）の氏名

２　実習期間

３　実習内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | 学生数 | 実習診療科 | 科目 | １学年１人当り | 備　考 |
| 時間数 | 日数 |
|  |  |  |  |  |  |  |

４　その他

実習計画添付のこと。