

様式 1

年 月 日

岡山市立市民病院長 様

養成機関等の長

印

実習委託申請書

貴病院において病院実習を下記のとおり行わせたいので、許可くださるよう申請します。

記

- 1 氏名
- 2 実習期間
(計 日間)

年 月 日 ~ 年 月 日まで
- 3 実習目的 (内容)
- 4 実習希望部署
- 5 その他

【遵守事項】

1. 実習に際して、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、当方が一切の責任を負います。

3. 実習生が感染症に罹患した場合、当方が一切の責任を負います。

以上