様式1

年　　月　　日

JCHO人吉医療センター院長　殿

養成機関の長　　　　　　　　　　印

受託実習生委託申請書

　貴病院において、病院実習を下記により行わせたいので、許可くださるよう申請いたします。

記

1. 養成機関名

（ふりがな）

1. 氏　　名
2. 実習期間　　　年　　月　　日から　　 年　　月　　日まで（計　　日間）
3. 実習目的（内容）
4. 実習希望部署
5. その他

以上