実習様式１

年　　　月　　　日

手稲渓仁会病院　臨地実習生受け入れ申請書

手稲渓仁会病院　病院長　殿

（教育機関等）

住　　　所

名　　　称

代表者職位

代表者氏名

貴院の実習生として、下記のとおり実習を委託したく関係書類を添付し申請いたします。

記

１．養成資格

　　□看護師　□助産師　□薬剤師　□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士　□視能訓練士

□管理栄養士　□臨床検査技師　□診療放射線技師　□臨床工学技士　□歯科衛生士

□医療事務　　□診療情報管理士　　□社会福祉士　　□その他（　　　　　　　　　　　）

２．学部・学科名

|  |
| --- |
|  |

３．実習科目

|  |
| --- |
|  |

４．実習期間・人数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 実習期間 | 実習日数 | 実習人数 | 学年 |
| １ | ～ |  |  |  |
| ２ | ～ |  |  |  |
| ３ | ～ |  |  |  |
| ４ | ～ |  |  |  |
| ５ | ～ |  |  |  |
| ６ | ～ |  |  |  |

５．担当教員情報（実習窓口）

|  |  |
| --- | --- |
| 実習担当教員名 |  |
| 所　　属 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |