実習様式６

年　　月　　日

手稲渓仁会病院　学生臨地実習辞退届

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

貴院における臨地実習の辞退について、下記のとおり届け出いたします。

記

　　　１．許可されていた内容

|  |  |
| --- | --- |
| 学部・学科名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実習科目 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 実習期間 | 実習日数 | 実習人数 | 学年 |
| １ |  |  |  |  |

２．臨床実習を辞退する内容

　　　３．辞退の理由

【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 |  |