年　　月　　日

医療法人　渓仁会　手稲渓仁会病院

院長　殿

（教育機関等）

住　　　所

名　　　称

代表者職位

代表者氏名

臨地実習費用振り込み通知書

下記の通り実習費用について指定の口座に振り込み完了しましたことを報告させていただきます。

　【該当実習】

|  |  |
| --- | --- |
| １．学部・学科 |  |
| ２．実習科目 |  |
| ３．実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日　（　　　）日間 |
| ４．学生数 | 人 |

　【実習費】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習費  (振込金額) | **円** | | | | |
| （内訳） | * 施設使用料 | （　　　　　　　　）円 | | | |
|  | （　　　　　　）円／ | | □ 1日  □ 1ヶ月 |
| * 実習指導料 | （　　　　　　　　）円 | | | |
|  | | （　　　　　）円／1人あたり1日×（　　　）人 | |
| * その他 | （　　　　　　　　）円 | | | |
| 入金日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | |

＊項目要件を満たしていれば任意の書式での提出でも可能です

【入金に関するご担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

【郵送先】〒006-8555　札幌市手稲区前田1条12丁目1-40

手稲渓仁会病院　臨床教育支援室　学生実習担当者宛