実習様式６

年　　月　　日

手稲渓仁会病院臨地実習　変更希望届

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

貴院において許可されていた以下の臨地実習について、下記のとおり変更を

希望しますので届け出いたします。

記

　　　１．許可されていた内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生実習許可番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学部・学科 |  |
| 実習科目 |  |
| 実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日　（　　　）日間 |
| 学生数 | 　　　　　　　　人 |

２．変更内容

　　　３．変更理由

【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 |  |