年　　月　　日

登録番号：T4430005001450

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

登録番号：

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】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | |

　【実習費】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習費  振り込み金額 | ※お振り込み金額とそれに含まれる消費税額を必ずご記入ください。  振り込み金額：　**円**（税込み金額）  （消費税額：　　　　　　　　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 | | | | |
| 振り込み名 |  | | | | |

＊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 |  |