様式第１号（第３条関係）

年　　　月　　　日

実習生受入れ申込書

地方独立行政法人下関市立市民病院

理事長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

　このたび貴院において、本校の下記学生を実習させたいので申込みいたします。

記

１　実習者の情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | 所属学科、学年 | 性別 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

２　実習期間

　　　　年　　月　　日（　　）　～　　　年　　月　　日（　　）

　　　　※ただし、　　　　　　　　　　　　　　　　を除く。

３　その他

以上