様式第1号（第3条関係）

年　　　月　　　日

実習委託申請書

地方独立行政法人大牟田市立病院

理事長　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （養成機関等） | | |
| 住　所 |  | |
| 名　称 |  | |
| 代表者 |  | 印 |

このたび貴院において、本校の下記の学生、生徒を実習させたいので申請いたします。

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