令和 　年 　月　 日

　　　　　　　　　　 殿

岐阜赤十字病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長

**病院実習受託承認書**

　令和　　年　　月　　日付　　　第　　　号をもって申請のあった病院実習については、本院病院実習生受け入れに関する内規の遵守を条件に申請どおり承認します。

尚、実習時間等詳細については、別途実習部署と協議されたい。

記

1. 実習生氏名

1. 実習期間　　　令和　年　月　日（　）～　令和　年　月　日（　）
2. 実習部署
3. 実習部署責任者氏名