

実習委託申請書

令和 年 月 日

三重大学医学部附属病院長 殿

所在地

養成機関の長

印

このたび、貴院において実習させたく、別紙実習計画書を添えて申請しますので、ご許可
くださるようお願いいたします。

なお、許可のうえは、下記の事項を遵守します。

記

1. 実習に際しては、貴院の諸規則を遵守させるとともに貴院の責任者の指示に
従わせます。
2. 万一、実習生が故意又は過失による事故等により、貴院に損害を及ぼした場
合、又は、実習生が被災した場合は、当方が一切の責任を負います。

以上

実習計画書

実習希望の診療 科(部)等名	氏名	実習期間	実習内容 ※(実習日数)	備考
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	

※ 実習日数には実習を受ける実日数を記入願います(実習日数に基づき受託実習料を算定します。)。1週間のうち実習を受けない曜日(休日・土曜日を除く)又は期間内に特定の日がある場合等は、備考欄に記入願います。

なお、薬学部学生の病院実習(11週間(概ね55日間))の場合は、薬学実習A(指導教員を派遣いただかない場合)又は薬学実習B(指導教員(実習生概ね5名に教員1名)を派遣し実習指導していただく場合)のいずれかを備考欄に記入願います。