

（西暦） 年 月 日

特定医療法人社団勝木会  
やわたメディカルセンター病院長殿

養成機関等の名称

代表者氏名 印

## 実習委託申請書

このたび貴院において\_\_\_\_\_を実習させたく、実習名簿、実習計画表及び抗体価検査結果報告書等健康状態を確認できる証明書を添えて申請いたしますので、ご許可くださるようお願い致します。

なお、実習の際には、下記の事項を遵守いたします。

### 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、実習生の故意、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。