

西暦 年 月 日

養成機関等の名称

代表者氏名 様

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
院長 勝木達夫

受託実習生受入許可書

西暦 年 月 日付けで申請のありました実習生の受入については、下記のとおり許可いたします。

なお、実習開始の前日までに別紙誓約書を提出してください。

記

1. 実習生氏名 :
2. 実習期間 : (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
3. 受託実習費 : 実習終了後に規定に則りご請求いたします
4. 納付方法 : 指定口座に納付