

平成 ____年 ____月 ____日

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
神奈川県済生会横浜市東部病院
院長 三角 隆彦 様

養成機関名： _____

氏 名： ○○○ ○○○ 印

平成 ____年度 _____ 実習について（依頼）

標記の件につきまして、下記のとおり貴院にて実習させていただきたく存じますので、ご多用中恐縮ではありますが、何卒ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 実習生 所属 _____ 氏名 _____
所属 _____ 氏名 _____
所属 _____ 氏名 _____
計 _____ 名

※実習生多数の場合は別紙を添付してください。

2. 実習期間 平成 ____年 ____月 ____日 ～ 平成 ____年 ____月 ____日

3. 実習日数 _____ 日間

4. 実習費用
実習生 1 名につき日額 _____ 円（税込み）
実習費合計 _____ 円（税込み）
実習費支払期限 平成 ____年 ____月 ____日 （←実習終了後翌翌月末の日）

5. 実習担当連絡先
住所： _____
TEL： _____
担当者： 部署 _____ 氏名 _____

以上