年　　月　　日

川崎市立多摩病院

病院長　長島　悟郎 殿

**学校名**

**〇〇　　　○○○　○○○ 印**

病院実習依頼書

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、お願い申し上げます。

記

1. 実習科目
2. 実習生　　 学年　　　　　　　　　氏名

学年　　　　　　　　　氏名

学年　　　　　　　　　氏名

計　　　　　　　　名

※実習生多数の場合は別紙を添付してください。

1. 実習期間　 　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

　　　　 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

1. 実習日数 　　　　日間
2. 実習費用

実習生1名につき日額　　　　　　円（税込み）

実習費合計金額　　　　　 円（税込み）

実習費支払期限　　　年　　月　　日　（←実習終了後翌月末日）

1. 実習担当連絡先

学校名：

住　所：

連絡先：

担当者：部署　　　　　　　　　　　氏名

以上