実習依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　号

令和　　年　　月　　日

　長岡赤十字病院

院長　藤田　信也　殿

　 　 施設名

　　　　施設長名 　 印

令和６年度の本学学生の実習につきまして、下記のとおりお受入いただきたくご依頼申し上げます。

記

１．実習契約期間：契約日から令和７年３月３１日まで

２．実習委託費：学生１人あたり　１日　　　　　　円（税抜）

以上

【担当】

TEL：

MAIL：