様式第1号

令和　　年　　月　　日

東北医科薬科大学病院

病院長　佐藤　賢一　殿

養成機関等の名称

代表者氏名　㊞

実習委託申請書

この度、貴院において（　　　　　　　）を実習させたく、実習生名簿、実習予定日及び実習計画表を添えて申請いたしますので、ご許可くださるよう申請いたします。

　なお、許可の上は、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、貴院および第三者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。

３　貴院受託実習生受入要綱第10条3項に伴い、病院がデータを必要と認めた場合に直ちに情報を提供するため、施設の対応として次のとおり担当者を置き、連絡先を通知いたします。

　　なお、担当者並びに連絡先は、実習期間に係わらず必要時に対応いたします。

　　また、実習生本人が自らの抗体値・ワクチン接種歴について即時回答できるよう指導いたします。

　 　実習担当者名：（　　　　　　　　　　　　　）

　　 　連 　絡　 先：（　　　　　　　　　　　　　）

以上