様式 1　　JA 愛知厚生連　海南病院

年　　月　　日

実習生受入れ申込書

JA 愛知厚生連　　海南病院
病院長　　様

住所
名称
代表者　　印

このたび貴院において、本校の下記学生を実習させたいので申込みいたします。

記

1　実習生の情報

氏名	ふりがな	所属学科、学年	性別	備考

2　実習期間

年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）

※ただし、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を除く。

3　その他

以上