

様式第3号

第 号

年 月 日

養成機関等の名称

代表者氏名 様

磐田市立総合病院 病院長

印

平成 年 月 日付けをもって下記の者について、当院での実習を停止（実習の許可を取消）しましたので通知します。

記

1 受託実習生の氏名

2 停止（取消）年月日

3 停止（取消）事由