

様式第 2 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

### 受託実習生受入許可書

年 月 日付けで実習委託申請があったことについては、別紙実習計画書のとおり受入を許可します。

については、受託実習料

円を病院の指定口座にお振り込みください。