

## 受託実習生受入手続きについて

(1) 病院実習受入月の前月初日までに別紙第1号様式にて、受託実習生委託の申込をして頂きます。

(2) 申込み書を受け付けましたら、こちらより

- ・ 受託実習許可書
- ・ 請求書
- ・ 内訳書
- ・ 実習受入に伴う取扱準則
- ・ 個人情報保護に関する誓約書  
(誓約書等が別途必要な場合は対応いたします)

を、送付いたします。

(3) 請求書の記載金額を、実習前月末までにお振り込みください。また、個人情報保護に関する誓約書は実習生が記名の上ご返却ください。

ご不明な点がございましたら下記担当までご連絡ください。

(担当)

独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター  
庶務係

TEL 078-791-0111 (代表)

FAX 078-791-5213

Mail 412-kanrika@mail.hosp.go.jp

第1号様式

第 号  
年 月 日

独立行政法人 国立病院機構  
神戸医療センター院長 殿

養成機関等の住 所  
" 名 称  
" 代表者名 印

下記のとおり受託実習生の委託の申込をいたします。

記

1 学生（実習生）の氏名

2 実習期間

3 実習内容

学年	学生数	実習診療科	科目	1 学生 1 人あたり		備考
				時間数	日数	

4 その他

実習計画添付のこと

※この申請書は実習月の前月の初日までに提出願います。

第1号様式

第 号  
年 月 日

独立行政法人 国立病院機構  
神戸医療センター院長 殿

養成機関等の住 所  
" 名 称  
" 代表者名 印

下記のとおり受託実習生の委託の申込をいたします。

記

- 1 学生（実習生）の氏名 **国立 太郎 ・ 神戸 花子**
- 2 実習期間 **2019年6月11日 ～ 7月7日**
- 3 実習内容

学年	学生数	実習診療科	科目	1学生1人あたり		備考
				時間数	日数	
<b>5年生</b>	<b>2名</b>	<b>医療事務</b>	<b>医療事務</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	

- 4 その他  
実習計画添付のこと

※この申請書は実習月の前月の初日までに提出願います。