

様式（第3条第1項関係）

実 習 生 委 託 申 請 書

年 月 日

旭川医科大学病院長

殿

住 所

機 関 名

機関の長

職 名

氏 名

印

本（学・校・院・所）の学生等に係る実習を下記のとおり、貴院において実施したいので許可くださるよう申請いたします。

記

実習生氏名	実 習 期 間	実 習 内 容
	年 月 日 ～ 年 月 日 ※（実習期間内の 実習実日数 日）	

※ 実習生の健康診断書を1部添付してください。