様式１

令和　　年　　月　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構

東京新宿メディカルセンター

院長　関根　信夫　殿

貴施設名

代表者名

実習受入申請書

当施設は、東京新宿メディカルセンター実習生受入れ実施要綱の遵守事項について同意するとともに、下記の者を貴院の実習者として推薦し、受け入れを依頼します。

1. 当施設は、貴院での実習期間中の実習者の事故及び当該期間中の実習者による貴院又は第三者に対する損害の賠償に関し、保険の加入その他必要な措置を講じます。
2. 実習者は、当施設の職員としての身分を有します。

|  |  |
| --- | --- |
| 実習者氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 実習期間（実日数も記入） | 令和　　　年　　　月　　　日～　　　月　　　日（計　　　日間） |
| 実習先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当者名 |  |
| 所属・連絡先 |  |

・必ず公印を使用してください。

・実習者が複数の場合は、別紙として同様の事項を記載した名簿を添付してください。

・発信者は、原則として理事長や院長等の代表者による依頼とします。

・「担当者名」「所属・連絡先」は、実際の窓口となる担当の方を記載してください。