（様式第１号）

　　　　　　 年　　月　　日

受託実習申込書

東京大学医学部附属病院

病　院　長 　殿

（受託実習を委託する機関）

郵便番号

　　 住所

施設名

　　 代表者　　　 　　 印

「東京大学医学部附属病院における受託実習生の受入れに関する規程」第３条に基づき、下記のとおり貴院における受託実習の実施を希望しますので、ご許可いただきますようお願い申し上げます。なお、実施にあたっては、上記規程、「東京大学医学部附属病院実習・見学における機密保持ガイドライン」及び貴院から個別に指示されたその他の事項を遵守いたします。違反した場合は、東京大学医学部附属病院による措置に従います。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | 期 間  （日数） | 曜日・時間等 | 実習希望部署名 | 実習目的・内容 |
|  | （　　） |  |  |  |
|  | （　　） |  |  |  |
|  | （　　） |  |  |  |
|  | （　　） |  |  |  |
|  | ( ) |  |  |  |
|  | ( ) |  |  |  |
|  | ( ) |  |  |  |
|  | ( ) |  |  |  |