

# 受託実習生受入申請書

令和 年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

申請者  
(学校等の住所及び名称)

(校長又は代表者氏名)

印

下記のとおり実習を委託したいので、京都大学医学部附属病院受託実習生内規第2条の規定に基づき申請します。

記

実習事項	
実習期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (合計 日間)
実習診療科名	京都大学医学部附属病院 科
(フリガナ) 実習生氏名	外 ( ) 人
特記事項	請求書の宛名が申請書と異なる場合等の特記事項があれば記入してください。

※なお、上記内規第4条の5に基づき、一度受理した受託実習料は返還できませんので予めご了承下さいますようお願い申し上げます。