様式第2 号

第 号

平成　　年　 月　 日

養成機関等の名称

代表者氏名 様

大崎市民病院

病院長

印

受託実習生受入許可書

年 月 日付けで実習委託申請があったことについては、別紙実習計画書のとおり受入を許可します。