

施設長宛へ実習期間決定後に提出すること

平成〇年〇月〇日 (〇)

〇〇施設  
施設長〇〇〇〇 様

勤務先住所 熊本県熊本市中央区花畑町 1-1  
勤務先 日本医療マネジメント病院  
氏名 山田 太郎 印

下記の通り医療福祉連携実習の申込みを致します。

記

- 1 実習者氏名 山田 太郎  
2 実習期間 平成〇年〇月〇日

実習施設と個別交渉で実習期間決定後、提出すること

- 3 実習内容  
日本医療マネジメント学会 医療福祉連携講習会 実習のため

実習時間は1科目につき6時間です

科目	実習科目	実習時間	備考
共通科目	地域医療連携実習	6時間	

- 4 その他 (添付資料)
- ・誓約書
  - ・医療福祉連携講習実習要領
  - ・医療福祉連携講習会 シラバス

「共通科目」「医療系科目」「福祉系科目」の中の実習科目を記載すること

第1クールで配布したシラバスより該当科目のページをコピーし、添付資料とすること