

岡山済生会総合病院/外来センター病院 実習・見学 申込書

	年		月		日
--	---	--	---	--	---

(西暦)

■ 申込内容

申込施設情報												
施設（学校）名												
施設担当者所属部署				施設担当者氏名								
施設担当者連絡先	TEL				FAX							
実習・見学 情報												
依頼先部署名・担当者												
期間及び人数 複数の期間で依頼する場合は②以降に記載してください。	No	実習・見学 期間						人数				
	①		年	月	日	～		年	月	日		人
	②		年	月	日	～		年	月	日		人
	③		年	月	日	～		年	月	日		人
	④		年	月	日	～		年	月	日		人
	⑤		年	月	日	～		年	月	日		人
実習・見学 内容												
実習費内訳		費用							円（税込み）			
		内訳										
※「有」の場合はお手数ですが、別紙「振込連絡表」への記載もお願いいたします。												
備考												