別記様式

実　習　生　委　託　申　請　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　養成機関等の住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　〃　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　〃　　校長又は代表者名　　　　　　　　　　印

　下記のとおり実習を委託したいので申請します。

記

１　実習生氏名・期間等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習生氏名 | 実習期間 | 実　　　習　　　内　　　容 |
|  | 期間内（　　　日） |  |

２　実習に際して、以下のことを遵守します

（１）実習生は貴学の諸規則を遵守するとともに貴病院の責任者の指示に従うこと

（２）実習生が故意若しくは過失により貴病院に損害を及ぼし，又は実習生が被災した場合，当方が一切の責任負うこと

（３）実習生は，実習中の事故等に備えて傷害保険等に加入していること

（４）実習により知り得た個人情報を漏えいしないこと