

「看護実習」実習申込書

社会福祉学科

学部	学科	コース	提出日 平成 年 月 日
学籍番号		氏 名	
現住所	〒 TEL ( ) — 携帯番号 ( ) —		
勤務先	〒 TEL ( ) — 内 線		
帰省先 (必要がある場合)	〒 TEL ( ) —		

病 院		設置主体 (いずれかに○)	公立・私立
所在地	〒 TEL ( ) —		
病院長氏名		実習担当者氏名	
標榜診療科	(裏面を参照して該当する番号に○をしてください)		
実習期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (6日間)		
依頼状について (該当に○及び記入)	1 発信日の指示があった。( 年 月 日) 2 本学が依頼する時期でよい。		
病院訪問日	年 月 日	面談者氏名	

- ◇この「実習申込書」はすべて自分で記入してください。
- ◇実習先より内諾を得てから提出してください。
- ◇実習担当者、実習期間が未定の場合は空欄で構いません。ただし、余白に予定時期を記入の上、決定後はすみやかに事務室まで連絡してください。また、予定年度は必ず記入してください。

聖徳大学通信教育部

処理欄	処理欄	受付欄

