年　　　月　　　日

**2021年度　病院実習及び研修受け入れに係る事前確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴施設名 |  |
| 施設長名 |  |

**【実習及び研修に関する確認】**

|  |  |
| --- | --- |
| **実習・研修内容** |  |
| **受入希望部署** |  |
| **最大受入人数** | 人 |
| **予定期間****（実日数/人）** | （実日数　　　　　日/人） |
| **備考** |  |

**【ご連絡先】**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当教員** |  |
| **事務担当者** |  |
| **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |

【送付先】

〒663-8501　　兵庫県西宮市武庫川町1-1

兵庫医科大学病院　病院事務部管理課

℡：0798-45-6611

E-mail：kanrika-n@hyo-med.ac.jp

2020年　12　月　XX　日

**2021年度　病院実習及び研修受け入れに係る事前確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| **貴施設名** | 西宮大学 |
| **施設長名** | 学校長　　兵庫　太郎 |

**【実習及び研修に関する確認】**

|  |  |
| --- | --- |
| **実習・研修内容** | 臨床栄養臨地実習 |
| **受入希望部署** | 臨床栄養部 |
| **最大受入人数** | 5人　（予定） |
| **予定期間****（実日数/人）** | 2021年　7月　～　　2021年　8月　頃（実日数　　25　日/人） |
| **備考** |  |

**【ご連絡先】**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当教員** | 栄養学部　　西　宮子 |
| **事務担当者** | 教務学生課　　神戸　花子 |
| **電話番号** | 0798-△△-△△△△ |
| **メールアドレス** | xxxx@xx.xx.jp |

【送付先】

〒663-8501　　兵庫県西宮市武庫川町1-1

兵庫医科大学病院　病院事務部管理課

℡：0798-45-6611

E-mail：kanrika-n@hyo-med.ac.jp