臨地実習承諾書

（西暦）　　　　年　　月　　日

東京医科歯科大学病院長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 施設長（職名） |  | |
| 氏名 |  | 印 |

　下記の者が申請する東京医科歯科大学病院看護師特定行為研修の臨地実習を当施設で行うことを承諾します。

記

申請者氏名：

以上

【事務担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| メールアドレス |  |

※自施設で臨地実習を実施する場合、協力施設として厚生局への届出が必要です。

　書類作成等のご対応をいただける事務担当の方のご連絡先をお知らせください。