様式第１号

依頼日　　　　　年　　月　　日

公益財団法人筑波メディカルセンター

　代表理事　志真　泰夫　　殿

（機関名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、貴施設における　〔実習 ・ 見学〕を依頼します

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設 | * 筑波メディカルセンター病院　　□つくば看護専門学校 * つくば総合健診センター * 在宅ケア　〇 訪問看護ふれあい　　〇 サテライトなの花   〇 訪問看護ステーションいしげ   * その他〔　　　　　　　　　　　 　　　〕 |
| 期間 | 自　　　年　　月　　日から（　　時　　分）から（　　日間）  至　　　年　　月　　日まで（　　時　　分）まで　又は（　　時間） |
| 人数 | 名　（男性　　名・女性　　名） |
| 科目名等 |  |
| 目的/内容等 | * 別紙のとおり |
| 委託料について  （実習謝礼金等） | □　無  □　有　〔１人　　　（ 日 ・ 時間 ・ 回 ・期間）　　　　円〕  その他〔　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　〕 |
| その他（通信欄） |  |
| 依頼者連絡先 | 住所：〒　　　-    担当者：職名　　　　　　　　　　氏名  電話:　　　　　　　　　　　　　 E-mail: |