

様式第1号

依頼日 2024 年 4 月 1 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) つくばメディカル医療大学

(代表者名) 筑波 太郎 印

公印省略可です

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 ☐ 訪問看護ふれあい ☐ サテライトなの花 ☐ 訪問看護ステーションいしげ ☐ その他 []
期間	自 2024 年 5 月 1 日から (9 時 00 分) から (7 日間) 至 年 月 日まで (時 分) まで 又は (時間)
人数	7 名 (男性 2 名・女性 5 名)
科目名等	看護学実習
目的/内容等	☐ 別紙のとおり 小児の成長発達や特性を理解し、看護を実践できる能力を養う。
委託料について (実習謝礼金等)	☐ 無 ☒ 有 [1人 1 (日)・時間・回・期間) 1,500 円] その他 []
その他 (通信欄)	実習委託料は昨年度と同じ口座にお支払いしますので、支払口座に変更のある場合は担当者までご連絡ください。
依頼者連絡先	住所：〒 〇〇〇-1234 〇〇市〇〇町 1-2-3 担当者：職名 〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇 電話：〇〇-〇〇-〇〇 E-mail: abc@〇〇.ne.jp