様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

糸魚川市長　様

糸魚川市看護師等職場体験支援事業実施報告書

糸魚川市看護師等職場体験支援事業を次のとおり実施したので報告します。

１　申請者記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　　　名 | |  |
| 学校名等  ※学生のみ記入 | 学校名・  学部名等 |  |
| 学校住所 |  |
| 宿泊期間 | | 年　　 月 　　日～　　　　　年　 　月 　　日 |
| 職場体験内容 | |  |
| 職場体験後の所見 | |  |

２　受入医療機関記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　　入  医療機関 | 名称 |  | |
| 担当  部署名 |  | |
| 担当者  職・氏名 | 職 | （フリガナ） |
| 電話 |  | |
| ＦＡＸ | （任意） | |
| E-mail | （任意） | |
| 職場体験期間 | | 年　　 月 　　日～　　　　　年　 　月 　　日 | |
| 事業内容 | |  | |
| その他  （所見、特記事項等） | |  | |

（注）事業内容及び所見等については、別紙の添付によることも可能とする。