

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		
	F A X	(任意)	
	E - m a i l	(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。