

済生会新潟病院 実習（見学）申込書

平成 22 年 4 月 1 日

■ 申込内容								
申込施設情報								
施設（学校）名	済生会医科歯科大学 看護学科							
施設担当者所属部署	学生課学務係	施設担当者氏名	済生 太郎					
施設担当者連絡先	TEL	025-233-6161	E-mail	XXXX@ngt.saiseikai.or.jp				
実習（見学）情報								
実習（見学）依頼先部署名	看護部							
実習（見学）期間 及び人数 複数の期間で依頼 する場合は②以降 に記載してください。	No	実習（見学）期間					人数	
	①	平成 22 年 5 月 1 日	～	平成 22 年 5 月 31 日	2		人	
	②	平成 22 年 7 月 1 日	～	平成 22 年 7 月 31 日	3		人	
	③	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日			人	
	④	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日			人	
	⑤	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日			人	
実習（見学）内容	病棟実習を行う。 病棟での見学を通じて看護師の役割を学習する。 また、車椅子での移動など、患者への簡単な介助等を看護師の 指導の元で行う。							
実習費（委託費） の有無	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	どちらかをチェック してください			
実習費「有」 の場合	費用	620,000 円（税込み）						
	内訳	実習生 1 人 1 日あたり 2,000 円 62 日 × 2,000 円 × 5 名						
	※「有」の場合はお手数ですが、別紙「振り込み連絡表」への記載もお願いいたします。							
備考								