

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	<a href="mailto:XXXX@ngt.saiseikai.or.jp">XXXX@ngt.saiseikai.or.jp</a>												
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																		