**「統合演習Ⅲ　実習」　希望**

受講番号　　　　所属

　　　　　　　　　　　氏名

１．学びたい内容と方法

２．実習希望施設について

|  |  |
| --- | --- |
| 希望施設名 | 理由（含施設の機能） |
| 看護部長病 院 長 |  |
| 看護部長病 院 長 |  |
| 看護部長病 院 長 |  |

**＊この用紙はコピーをとり（7月17日9：30）に提出して下さい。**

**＊実習依頼文書の発行は、実習計画書と一緒に協会事務職が郵送します。**