

様式第2号

受託実習生受入許可書

平成 年 月 日

様

鳥取市病院事業管理者 印

平成 年 月 日付けにより、申請のありました実習生の受入れについては、  
下記のとおり許可いたします。

なお、実習開始の前日までに別紙誓約書を提出して下さい。

記

1 実習生氏名：

2 実習期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

3 受託実習料：380,000円

4 納付方法：指定口座に納付すること

\*期日までに納付のない場合には、許可を取り消します。