様式通第22号

指定実習施設外見学実習許可願

平成　　年　　月　　日

木 更 津 看 護 学 院

校長　　様

２年課程（通信制）
学籍番号

氏名

下記の通り指定実習施設外で見学実習を行いたいと思いますのでご許可いただきたくお願いいたします。

記

実習科目	
実習施設名	
実習施設住所 電話番号	
看護管理者	
実習期間	
理由	

＊下記許可証の枠内も記入すること　　許可日　平成　　年　　月　　日

許可証

指定実習施設外見学実習を下記の通り許可する

平成　　年　　月　　日
木 更 津 看 護 学 院

校　長

記

学生氏名	
学籍番号	
実習科目	
実習施設名	
実習施設住所	
実習期間	