年　　　月　　　日

社会福祉法人　聖隷福祉事業団

聖隷横浜病院　病院長殿

施設名をご記載ください

**緩和ケア病棟実習研修　依頼書**

このたび、下記のとおり緩和ケア病棟の見学実習を希望いたします。

記

１．期間：　　　　年　　　月　　　日(　　)　　　:　　～　　:

２．実習者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 職種・経験年数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

３．見学実習目的

４．見学実習内容

5．当日の連絡先

　　代表者名：

　　携帯番号：

以上