

時 間 外 実 習 届

年 月 日

JA 新潟厚生連長岡中央総合病院

階 東・西 病棟 師長 様

JA 新潟厚生連中央看護専門学校

担当教員

印

実習生 年

下記のとおり時間外実習をさせて頂きたいと思いますので届出いたします。

記

1. 実習月日・時間： 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分

2. 患者氏名：

3. 実習目的・内容：