

実習等ご担当者 様

## 受託実習料の支払いについて

いつもお世話になっております。

実習に伴う受託実習料のお支払いについて、以下のとおり、お願いいたします。

実習料は、実習を実施する月の前月の末日までにお支払いください。

そのため、実習の申込書(別紙様式第1号)を実施月の前月の月初にはご提出ください。

その申込書に基づき、当院から受入許可書及び請求書をお送りします。

なお、お支払いいただいた実習料は返金できませんので、予めご了承ください。

具体的な流れは以下のとおりとなります。

- ・実習申込機関を「養成所」、実習受入機関である兵庫中央病院を「病院」と表現しています。
- ・契約書・協定書等が必要な養成所を例にしています。
- ・実習期間を7月21日～8月3日の10日間(土日祝除く)とし、人数を2名とします。
- ・実習料は、1人1日当たり2,200円(税込)とします。

3月   ・(養成所→病院) 実習受入依頼(承諾書、契約書、協定書等含む)  
      ・(病院→養成所) 承諾書、契約書、協定書等に押印し返信

6月   ・(養成所→病院) 6月初めに申込書(別紙様式第1号)を提出  
      ・(病院→養成所) 申込書に基づき、受入許可書及び請求書を送付  
          請求額 : @2,200円 × 10日間 × 2名 = 44,000円  
      ・(養成所→病院) 6月末までに実習料の支払い

7月   7月21日～8月3日の10日間(土日祝除く)、実習を実施

問合せ先  
兵庫中央病院  
庶務係長  
079-563-2121

別紙様式第1号

第 年 月 日 号

独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院長 殿

(養成機関等) 〒  
住 所

名 称

代表者名 印

下記のとおり、受託実習生の委託の申込みをいたします。

記

1. 学生(生徒)の氏名

2. 実習期間 年 月 日( ) ~ 月 日( )( 日間)

3. 実習内容

学年	学生数	実習部門	実習科目	1学生1人当たり		備 考
				時間数	日 数	
	人			時間	日	

4. その他

※実習計画を添付のこと。

別紙様式第1号

記入例 1

第 年 月 日

独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院長 殿

※貴施設において文書番号  
が不要な場合は、「第 号」  
の文言を消してご作成願いま

(養成機関等) 〒654-8888  
住 所 神戸市中央区〇〇通7-5-3

名 称 神戸中央看護学校

代表者名 学校長 ○ ○ ○ ○ 印

下記のとおり、受託実習生の委託の申込みをいたします。

記

1. 学生(生徒)の氏名 ○○ ○○ 他28名(別紙のとおり)

2. 実習期間 年 月 日( ) ~ 月 日( )( 日間)

3. 実習内容

学年	学生数	実習部門	実習科目	1学生1人当たり		備 考
				時間数	日 数	
3	29人	※(例:看護部)	成人看護学実習 基礎看護学実習	105時間	15日	土日祝を除く

4. その他

※実習計画を添付のこと。

独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院長 殿

(養成機関等) 〒645-8500  
住 所 神戸市灘区〇〇町1-3-5

名 称 神戸リハビリ大学

代表者名 学長 〇 〇 〇 〇 印

下記のとおり、受託実習生の委託の申込みをいたします。

## 記

1. 学生(生徒)の氏名 〇〇 〇〇  
〇〇 〇〇

2. 実習期間 年 月 日( ) ~ 月 日( )( 日間)

## 3. 実習内容

学年	学生数	実習部門	実習科目	1学生1人当たり		備 考
				時間数	日 数	
	人			時間	日	
2	2	リハビリテーション科	理学療法臨床実習	70	10	土日祝を除く

## 4. その他

※実習計画を添付のこと。

〇〇〇〇学校長 殿

独立行政法人国立病院機構  
兵庫中央病院長 藤原 英利

## 受 託 実 習 生 受 入 許 可 書

〇〇年〇〇月〇〇日付、〇〇発第〇〇号で申請のありました標記のことについて、下記の事項を条件として許可いたします。

### 記

1. 期 間                      年      月      日 (      )      ~      月      日 (      ) (      日間)
2. 実習生                  〇〇 〇〇
3. 受託実習料は、実習生1人につき1日2,200円(税込み)とする。
4. 実習に際しては、別添取扱準則を遵守してください。
5. その他                  個人情報保護に関する誓約書に記名・捺印のうえ、当日持参してください。

## 個人情報保護に関する誓約書

私は、このたび兵庫中央病院で実習見学をいたしますが、  
国立病院機構の役職員と同様に個人情報に関する諸規定等  
を遵守いたします。

また、兵庫中央病院で知り得た患者さん及び病院関係者  
の個人の情報などを兵庫中央病院での研修期間中はもちろ  
んのこと、その後においても第三者に故意又は過失によっ  
て漏洩したり、兵庫中央病院に無断で使用したりしないこ  
と及びその結果として、兵庫中央病院に損害をかけないこ  
とを誓約いたします。

独立行政法人国立病院機構

兵庫中央病院

院長 藤原英利 殿

年 月 日

施設・学校名

氏 名

印