○○年○月○日

群馬大学医学部付属病院病院長　殿

 ○○大学

学長　○○　○○

令和○年度○○実習の受け入れについて（依頼）

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

1．学生氏名

○○　○○

○○　○○

２．期間および日数

○年〇月○日～○年〇月○日

○日間

３．内容

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○