

【記入例】

施設番号: _____

実習施設等の概要

設置者又は 経営者名	医療法人〇〇会
設置者（所在地）	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町△△
設置者（代表名）	理事長 〇〇〇〇
施設名	〇〇病院
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町△△
施設種別	精神科病院
施設長名	院長 〇〇
実習指導者の人数※	名
実習受入人数※	名

※ご提出いただいた書類に基き、本学が厚生労働省に届出をする際に改めて記入いたしますのでご記入不要です。