

【様式第4号】

総医第 号
年 月 日

実習委託者

代表者 様

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター
理事長 印

実習停止または承認取消しに係る決定通知書

年 月 日付をもって下記の者について、当院での実習を停止（実習の承諾を取消し）しましたので、通知します。

記

1 実習生の氏名

2 停止（承諾取消し）年月日

3 停止（承諾取消し）事由