

薬学実務実習施設の調整実施承諾書

(学校名)(学部,学科名)の薬学実務実習に必要な施設の確保については,本(薬学実務実習施設調整機関名)が,貴大学における長期実務実習の開始前年度までに,貴大学学生人(入学定員 人)の受入れが可能となるよう,調整を行うことを承諾します。

年 月 日

当該機関の責任者の職名及び氏名 印

(申請者名) 殿

(注)

「(申請者名)」については,届出を行う場合には,「(届出者名)」とすること。