施 設 利 用 承 諾 書

高知リハビリテーション学院言語療法学科の臨床見学実習施設として利用することを承諾します。

平成　　年　　月　　日

住　　　所

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

高知県土佐市高岡町乙１１３９－３

高知リハビリテーション学院

学院長　　　大　　倉　　三　　洋　　　様