※受験番号　　　　　　（　記載不要）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式５

受講同意書

令和　　年　　　月　　　日

医療法人社団石鎚会　理事長 石丸　庸介殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講志願者氏名

　　上記の者が、医療法人社団石鎚会　京都田辺中央病院における看護師特定行為研修を受講申請することを許可します。

　施設名

（施設長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（看護管理者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印