

(様式 3)

受付番号：※記入不要

受講申請許可書

(受講同意書)

(受講者氏名)

氏名 岩手 花子 印

上記の者が、岩手医科大学附属病院 高度看護研修センター 特定行為教育課程
外科パッケージの受講申請することを許可します。

また、上記の者が特定行為教育課程 外科パッケージに受講決定した場合には、
本 〇〇〇病院 に在職しつつ、修学することを認めます。

西暦 20×× 年 ○ 月 ○ 日

証明者施設名 〇〇〇病院

証明者職名 病院長

証明者氏名 盛岡 太郎 印