（様式 3）

受付番号：

受 講 申 請 許 可 書

（受講同意書）

氏名　　　　　　 　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　に在職しつつ、修学することを認めます。

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

証明者施設名

証明者職名

証明者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印