受講同意書

令和 　 年　 月　 日

公立大学法人奈良県立医科大学理事長　殿

下記の者が、公立大学法人奈良県立医科大学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。

受講志望者氏名

施設名

（施設長）

職位・氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　 印

（看護部長等）

職位・氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　 印

（医師）

職位・氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　 印