**様式４－２**

(浜松医科大学医学部附属病院記入欄)

と

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **※受験番号** |  |

受 講 同 意 書

　　　年　　　月　　　日

　浜松医科大学医学部附属病院長 殿

志願者氏名

上記の者が、浜松医科大学医学部附属病院　看護師特定行為研修を受講申請することを許可します。

　組織名

（ 組織長 ）

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　職　　位

　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（ 所属長 ）

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　職　　位

　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

浜松医科大学医学部附属病院