

## 受講同意書

香川大学医学部附属病院長 殿

志願者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者が、看護師の特定行為研修を受講申請することを許可します。

また、受講が決定した場合は、当施設または当施設の関連施設において、臨地実習を行うことを承諾します。

施設名 \_\_\_\_\_

(施設長)

令和 年 月 日

職 位 \_\_\_\_\_

氏 名 ( 自 署 ) \_\_\_\_\_

(所属長)

令和 年 月 日

職 位 \_\_\_\_\_

氏 名 (自署) \_\_\_\_\_