様式６

**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　　　　　　　　　　　　　印

（所属長）

令和　　年　　月　　日

職位

氏名　　　　　　　　　　　　　印