別記様式第1号

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　　講　　願　　書**

　　　年　　月　　日

土浦協同病院 病院長殿

研修生番号（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設名

職名

氏名

（自署または記名押印）

私は、下記の土浦協同病院看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 特定行為区分名 |  |
| 術中麻酔管理領域パッケージ |  |
| 救急領域パッケージ |  |

［作成上の注意］

※受講希望のパッケージに〇を記入すること。