

受講同意書

日本慢性期医療協会
会長 武久洋三 殿

下記の者が、日本慢性期医療協会が主催する看護師特定行為研修を受講することに同意いたします。

受講志望者氏名 _____

(西暦) 年 月 日

施 設 名

所属部門長職位

所属部門長氏名

印

メールアドレス:

@ _____