**別紙様式１**

受 講 同 意 書

　　　　　年　　　月　　　日

 　八戸市立市民病院長 殿

志願者氏名

上記の者が八戸市立市民病院 看護師特定行為研修の受講申請することを許可します。

施 設 名

( 施設の長 )

年　　　月　　　日

職　　位

氏　　名

( 所属長 )

年　　　月　　　日

職　　位

氏　　名