※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式1）

**京都府立医科大学　看護師特定行為研修**

**受講申請書**

　　　年　　月　　日

京都府立医科大学長　殿

私は、京都府公立大学法人 京都府立医科大学における特定行為研修を受講

したいので、申請いたします。

コース名

　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印