※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看護師特定行為研修の受講を申請いたします。

コース名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名（自署）