※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式５）

**受　講　同　意　書**

　　年　　　月　　　日

京都府立医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講志願者氏名

上記の者が、京都府公立大学法人京都府立医科大学の看護師特定行為研修を受講申請

することを許可します。

施設名

（施設長）

職　　位

氏名（自署）

（看護管理者）

職　　位

氏名（自署）