

## 受講同意書

令和 年 月 日

公立大学法人奈良県立医科大学理事長 殿

下記の者が、公立大学法人奈良県立医科大学における看護師特定行為  
研修を受講申請することを許可します。

受講志望者氏名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

(施設長)  
職位・氏名 \_\_\_\_\_ 印

(看護部長等)  
職位・氏名 \_\_\_\_\_ 印

(医師)  
職位・氏名 \_\_\_\_\_ 印