**別記様式４-３**

臨 地 実 習 承 諾 書

　　　　　年　　　月　　　日

　筑波大学附属病院長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

施設の長（役職名）

氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者が選択した区分別科目の臨地実習を筑波大学附属病院看護師特定行為研修の

規定に基づき自施設で行う事を承諾します。

記

受講者氏名：

※ 自施設で実習を行うには協力施設の申請手続きが必要になります。