**別記様式４-２**

受 講 同 意 書

　　　　　年　　　月　　　日

 　筑波大学附属病院長 殿

申請者氏名

上記の者が筑波大学附属病院　看護師特定行為研修の受講申請することを許可します。

施 設 名

( 施設の長 )

年　　　月　　　日

職　　位

氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

( 所属長 )

年　　　月　　　日

職　　位

氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞