様式１

受　講　願　書

年　　月　　日

地方独立行政法人　神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院　病院長　殿

ふりがな
申込者氏名（自署）

所　属　長

所属施設名

職名

氏名

（自署または記名押印）

私は、下記の地方独立行政法人神奈川県立病院機構　神奈川県立足柄上病院看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

記

領域名	特 定 行 為 区 分 名

［作成上の注意］
※当院以外の指定研修機関において特定行為研修を修了している者は「特定行為研修修了証」の写しを添付すること。