

受講同意書

社会医療法人河北医療財団

理事長 河北 博文 殿

下記の者が、社会医療法人河北医療財団 河北総合病院が主催する看護師
特定行為研修を受講することに同意いたします。

受講志望者氏名 _____

(西暦) 年 月 日

施 設 名

所属部門長職位

所属部門長氏名

印

メールアドレス: _____ @ _____