**受講同意書及び臨地実習承諾書**

年　　　　月　　　　日

旭川医科大学病院長　　殿

志願者氏名

　上記の者が旭川医科大学病院看護師特定行為研修の受講申請をすることを許可します。また、受講決定後、区分別研修で行う臨地実習を当施設で実施することを承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　施設長

職位・氏名

　　　　　　　　　　　　　　所属長

　　　　　　　　　　　　　　職位・氏名