承　諾　書

令和　　年　　月　　日

〇〇〇〇病院　【研修者の所属機関】

　□□　□□　様 【研修者の氏名】

〇〇〇〇病院　【研修者の所属機関】

　院長　□□　□□　　（公印）　　【所属機関の長、公印】

　下記のとおり旭川医科大学において病院研修生として研修することを承諾します。

記

１．研修日

令和　　年　　月　　日

２．研修名称

実習指導者研修　実践コース

３．受入部署

旭川医科大学看護職キャリア支援センター