**（様式　5）**

**受講同意書及び臨地実習承諾書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人　国立病院機構

旭川医療センター院長　殿

志願者氏名

　上記の者が独立行政法人国立病院機構旭川医療センター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