様式第4号

受験番号：

**受　講　申　請　許　可　書**

**（受講同意書）**

**受講者氏名　　　　　　　　　　　印**

上記の者が、医療法人名古屋澄心会名古屋ハートセンター　特定行為研修に受講申請することを許可します。

また、上記の者が、医療法人名古屋澄心会名古屋ハートセンター　特定行為研修に受講が決定した場合には、本施設に在職しつつ、受講することを認めます。

西暦　　　　年　　　 月　　　　日

施　設　名

代表者職位

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　 　印

（代表者は病院長などの施設管理者）