（院外受講希望者用）

受講申請書

社会福祉法人恩賜財団済生会

済生会新潟県央基幹病院　病院長　殿

私は、下記の済生会新潟県央基幹病院特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて申請いたします。

１．特定行為区分名

特定行為区分名

２．自施設での実習について

□自施設での実習を原則とすることを確認しました。

西暦　　年　　月　　日

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞