別記様式第11号（第23条関係）

追 加 受 講 願

　　年　　月　　日

一般財団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院長　殿

|  |
| --- |
| 入講年度　　　　　　　　　　年度 |
|  氏名（自署） |

私は、下記のとおり追加受講したいので、許可願います。

【追加受講理由】

|  |
| --- |
|  |

【追加受講希望科目】

|  |
| --- |
|  |