別記様式第1号（第11条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **※受験番号** | （魚沼基幹病院記入欄） |

**入講願書**

**年　　月　　日**

**一般社団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院長　殿**

**ふ　り　が　な**

**申請者氏名（自署）**

**所　属　長**

**所属施設名**

**職名**

**氏名**

**（自署または記名押印）**

**私は、下記の一般財団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院看護師特定行為研修に入講したいので、関係書類を添えて出願します。**

**記**

|  |  |
| --- | --- |
| **番 号** | **特　定　行　為　区　分　名** |
| **１** |  |
| **２** |  |
| **３** |  |

＊複数コースの受講が可能です。受講コースについては、選考により決定する。