

受付番号：

受 講 申 請 書

公益社団法人 星総合病院

理事長 星 北斗 殿

私は、公益社団法人 星総合病院における看護師特定行為研修を受講いたしたく、
ここに関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

所属施設名

氏名 (自署)

印