**（様式4）**

受験番号：

受　講　申　請　許　可　書

(受講同意書)

受講者氏名：

　上記の者を、公益社団法人有隣厚生会富士病院特定行為研修の受講者として推薦いたします。

推薦の理由は、次のとおりです。

|  |
| --- |
|  |

西暦　　　年　　月　　日

施設名

推薦者職位

推薦者氏名

※　推薦者は看護部長などの看護部門の長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受講希望者本人が長の場合は同等以上の者）

　上記の者が、公益社団法人有隣厚生会富士病院特定行為研修の受講申請することを許可します。

　また、上記の者が、公益社団法人有隣厚生会富士病院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

※　代表者は病院長などの施設管理者