**（様式　1）**

# 受　講　申　請　書

独立行政法人国立病院機構

岩手病院　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構　岩手病院　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。

西暦 年 月 日

申請者（自署）

印