**（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