

許可書

西暦 年 月 日

医療法人 横浜未来ヘルスケアシステム
戸塚共立第 1 病院 理事長 殿

施 設 名

職 位

施設長名

印

戸塚共立第 1 病院 看護師特定行為研修の受講者として、次の者を許可します。

※尚、研修受講にあたり、研修生が参加できるよう勤務を調整します。

氏 名 _____