

(様式1)

医療法人財団 荻窪病院 看護師特定行為研修
受講願書

年 月 日

荻窪病院 病院長
布袋 祐子 様

【申込者】

住所

氏名（自署） _____ 印

私は、荻窪病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えてお願いいたします。