**受講申請許可書**

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

国立研究開発法人　国立循環器病研究センター理事長　殿

受講志望者氏名

上記の者が、国立研究開発法人国立循環器病研究センター　看護師特定行為研修の受講申請することを許可します。

施設名

代表者職位

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代表者は各医療機関の施設長とする）