**（様式　1）**

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　申　請　書**

独立行政法人　国立病院機構

関門医療センター　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構 関門医療センター　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。

　　　　　　　　希望パッケージ

|  |  |
| --- | --- |
| （　　　） | 外科系基本領域パッケージ |
| （　　　） | 救急領域パッケージ |
| （　　　） | 術中麻酔管理領域パッケージ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊いずれかの（　）内に○印を記入のこと

西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

※印欄は記入しないこと。