**大学院医学系研究科修士課程看護学専攻**

**高度実践コース特定行為領域 履修承諾書**

　令和　　年　　月　　日

　　　滋賀医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名

上記の者が、滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻高度実践コース

特定行為領域を履修することを許可します。

なお、臨地実習については、当施設において実施することを承諾します。

施設名

（施設長）

令和　　年　　月　　日

職　　位

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　（所属長）

令和　　年　　月　　日

職　　位

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

※本紙については８月３日（月）～８月７日（金）に提出しても差し支えない。