**（様式　1）**

**受　講　申　請　書**

独立行政法人　国立病院機構

大阪医療センター　松村　泰志　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター　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。

西暦 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印