別紙様式1（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　願　書**

年　　月　　日

　一般財団法人太田綜合病院附属

太田西ノ内病院 病院長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者　氏　名（自署）

下記の研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

記

受講を希望する科目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　目 | | 受講希望  （○を記入） |
| 【共通科目】 | 全て受講する |  |
| 一部又は全部の免除を希望する |  |
| 【区分別科目】  術中麻酔管理領域  パッケージ | 全て受講する |  |
| 免除を希望するものがある |  |
| 【区分別科目】  外科術後病棟管理領域パッケージ | 全て受講する |  |
| 免除を希望するものがある |  |

※免除を希望する場合は、別紙様式５を添付してください。

【太田西ノ内病院】