

看護師特定行為研修 受講辞退届

西暦 年 月 日

地方独立行政法人 東京都立病院機構
東京都立墨東病院 院長 殿

下記の通り、2024 年度 看護師特定行為研修の受講辞退届を提出します。

ふりがな 氏名 (自署)		性別
		男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
	TEL :	
勤務先		

理由

--