（様式5）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| コースNo. | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ | ＊受講を希望するNo.に○印を付すこと | ※受験番号 |  |

**受講審査料振込証明書**

西暦　　　年　　　月　　　日

社会医療法人近森会　近森病院

理事長　殿

(自署)　　　　　　　　　　　　 印

貴院の看護師特定行為研修の受講審査料につき、振込証明書の写し

を貼付し、提出致します。

　　剥がれないよう貼付して下さい。

　　　（振込用紙が貼付枠より大きい場合もあります）

＊※欄は記入しないこと。