

## 参加者の勤務先所属長の承諾書

下越病院 院長 末武 修史 殿

(研修参加者本人氏名) \_\_\_\_\_ が

下越病院の NST 専門療法士実地修練に参加することを承諾します。

2025 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属長 \_\_\_\_\_ 印