

別紙様式 1

## 申 込 書

年 月 日

地方独立行政法人  
岐阜県総合医療センター理事長 殿

申込者氏名（自署）

私は、2024年度岐阜県総合医療センター看護師特定行為研修（外科術後病棟管理領域パッケージ）を受講いたしたく、関係書類を添えて申込みいたします。