**地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院**

**看護師の特定行為研修　志望理由書**

|  |
| --- |
| **氏名：** |
|  |

**※　800字程度で記載し、文章の最後に(文字数)を入れる。**