

様式9 ※ 所属機関の施設代表者をご記入ください。

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください

受 験 許 可 書 (入 学 同 意 書)

熊本保健科学大学
キャリア教育研修センター長 様

受験者氏名 _____

上記の者が、熊本保健科学大学キャリア教育研修センター 認定看護師教育課程
認知症看護分野を受験することを許可します。

また、当該課程に合格した場合は、以下の事項も併せて同意します。

- 在職したまま修学すること。
- eラーニング期間中（4月上旬～8月中旬）は学業に専念させること。
※週5日、1日3～4時間の受講時間が必要です。
- 8月中旬からの集中講義は、大学までの通学環境を整えること。

西暦 年 月 日

施設所在地 _____

機関（施設）名 _____

職位 _____ 氏名 _____ 印 _____

電話 (_____) _____