様式９　※ 所属機関の施設代表者がご記入ください

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　殿

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脳卒中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　（　　）　　－