　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式５

**令和４年度 （公社）群馬県看護協会　○○○地区支部同意書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 印  自筆であれば不要 |  | 印  自筆であれば不要 |  | 印  自筆であれば不要 |
| 1 |  | 11 |  | 21 |  |
| 2 |  | 12 |  | 22 |  |
| 3 |  | 13 |  | 23 |  |
| 4 |  | 14 |  | 24 |  |
| 5 |  | 15 |  | 25 |  |
| 6 |  | 16 |  | 26 |  |
| 7 |  | 17 |  | 27 |  |
| 8 |  | 18 |  | 28 |  |
| 9 |  | 19 |  | 29 |  |
| 10 |  | 20 |  | 30 |  |

施設名

**＊注　意**

**①署名が自筆であれば押印は不要です。**

**② 締切り　　月　　日（　　）厳守でお願いします。**

**③ 用紙が不足する施設はお手数でもコピーをお願いします。**