様式３

承　諾　書

　沖縄県立看護大学が令和３年度に実施する保健看護に関する臨地実習の趣旨を理解し、その受入を承諾致します。

　　　　　　　契約事務担当者氏名：

　　　　　　　　　 所属・連絡先：

　沖縄県立看護大学長　殿

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　住　　　　　　　所

　　　　　商号又は名称

　　　　　代表者氏名・役職　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印