承 諾 書

　北見医師会看護専門学校

　令和　年度時間講師として就任することを承諾いたします。

　 　　令和　　　年 　 月 　 日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 勤務先／所属 | ／ |
| 職種／役職 | ／ |
| 専門分野 |  |
| 携帯電話番号 |  |
| e-mailアドレス |  |

* 携帯電話をご利用されていない場合、ご自宅の電話番号の記入をお願い致します。