令和　　年　　月　　日

（宛先）奈良市立看護専門学校長

所属施設名

役職名

住所又は所在地

〒　　　－

電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（自筆）

**講　義　承　諾　書**

　奈良市立看護専門学校の講義を実施することを承諾します。