

(様式3)

受講承認書

平成 年 月 日

鳥取大学医学部附属病院

医療スタッフ研修センター長 殿

所属機関名

所属長名

印

下記の者が、鳥取大学医学部附属病院 在宅医療推進のための看護師育成プログラムの研修コースを受講することを承認します。

記

所属施設

所属部署

職 名

氏 名