

2023年 月 日

推薦書

岡山県がん診療連携拠点病院 岡山大学病院 病院長 殿

推薦者氏名 ㊟

施設名

職名

下記の者が、2023年「岡山県 がん薬物療法看護指導者研修」の受講を希望しているため、必要書類を添えて推薦いたします。

記

受講希望者氏名
(ふりがな)

職位

連絡先（勤務先住所）

〒

所属部署 _____

電話（所属部署） _____

e-mail（受講者） _____

*zoom URLを送付いたしますので、当日受講されるアドレスを記載してください

【様式2】

2023年 月 日

受講希望理由書

岡山県がん診療連携拠点病院 岡山大学病院 病院長 殿

氏 名

施設名

所 属

職 位

2023年「岡山県 がん薬物療法看護指導者研修」について、下記の理由で受講を希望いたします。

希望理由：