

平成 年 月 日

名鉄病院
病院長 様

(施設名) _____

(代表者) _____ 印

超音波装置の研修の依頼について

みだしにつきまして、本施設に在籍している職員に対して、下記の通り研修をさせていただきたくお願いいたします。

記

1. 期 間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
2. 研修人数	名 (三名以下)
3 ①研修者	(氏 名)
	(住 所)
	(電話No.)
	(有資格)
②研修者	(氏 名)
	(住 所)
	(電話No.)
	(有資格)
③研修者	(氏 名)
	(住 所)
	(電話No.)
	(有資格)
4. 研修内容	
5. 備 考	
6. 研修連絡先	

以上