【様式1】

令和　　　年　　　月　　　日

**所属施設長からの申請書**

国立がん研究センター理事長　殿

郵便番号

所在地

施 設 名

役 職 名

施設長名　　　　　　　　　　　　(公印)

**都道府県指導者養成研修（緩和ケアチーム研修企画）について**

下記の者は標記研修の受講を希望するため、必要書類を添えて申請します。

記

※　受講希望者の□にチェックとご記入をお願いします。

□　職種：身体症状担当医師

所属部署　　　　　　　役職名

□　職種：精神症状担当医師

所属部署　　　　　　　役職名

* 職種：看護師

所属部署　　　　　　　役職名

□　職種：薬剤師

所属部署　　　　　　　役職名

【様式2】

令和　　　年　　　月　　　日

**受講希望理由書**

国立がん研究センター理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　印

所 属 部 署

役 職 名

都道府県指導者養成研修（緩和ケアチーム研修企画）について、下記の理由で受講を

希望します。

＜希望理由＞

|  |
| --- |
|  |