**【様式1】**

2023年　　月　　日

**所属施設長からの申請書**

国立研究開発法人

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）フォローアップ研修について**

標記研修に下記の者を受講させたく申請いたします。

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

以上