令和 ５年　 　月　 　日

**所属施設長からの申請書**

群馬県がん診療連携協議会長　殿

郵便番号

所在地

施 設 名

役 職 名

施設長名　　　　　　　　　　　　(公印)

**群馬県がん診療連携協議会 緩和ケアチーム研修　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

□　職種：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

□　職種：公認心理師（臨床心理士）

所属部署　　　　　　　役職名

［申し込み担当者］

　　所属部署　　　　　　　役職名

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

以上