令和　　年　　月　　日

島根大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院長　　○○　○○　　印

下記の者が貴院にて研修することを承諾します。

記

１．職・氏名　　○○病院　○○○部

看護師　　□□　□□

２．期間　　　　令和○○年○月○日～令和○○年○月○日（計○日間）

３．内容　　　　○○年度　島根大学医学部附属病院○○セミナー

○○カンファレンス、回診、講義による研修