

【様式】

2024年 月 日

## 推薦書

岡山県がん診療連携拠点病院 岡山大学病院 病院長 殿

推薦者氏名 ⑩

施設名

職名

下記の者が、2024年「岡山県 がん薬物療法看護指導者研修」の受講を希望しているため、推薦いたします。

記

受講希望者氏名 \_\_\_\_\_

所属部署 \_\_\_\_\_

職位 \_\_\_\_\_

電話（所属部署） \_\_\_\_\_

※ 郵送前に、グーグルフォームによる事前申し込みをお願いいたします。（7/31 締切）