

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、2025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、必ずWebから事前申し込みをお願いいたします。（8/1 締切）