

年 月 日

地方独立行政法人 明石市立市民病院
院長 久津見 弘 様

依頼施設 _____
所属 _____
氏名 _____

リソースナース講師依頼書

地方独立行政法人 明石市立市民病院 _____ リソースナース
に下記の内容について講師を依頼します

記

研修目的：

研修内容：

研修名：

日程：

場所：

対象及び人数：

備考：

以上

*研修日時が決まっていない場合は、空白でも構いません。直接日時の調整させて頂きます。