

参考記載例

平成 年 月 日

尾道市立市民病院

院長 突沖 満則 様

〇〇病院

院長 〇〇 〇〇^印

日本静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定規則等に基づく
臨床実地修練のご依頼について

平素より、当病院の運営に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきまして、当病院職員が下記のとおり受講致したく存じますので、何卒
宜しくお願い申し上げます。

記

1. 研修名：日本静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療法士」
認定規則等に基づく臨床実地修練研修
2. 期 間：貴院の指示のとおり
3. 受講者：管理栄養士 〇〇 〇〇

【照会先】

住 所：〇〇市〇〇町 1-21-1

担当者：〇〇課〇〇係 〇〇 〇〇

電 話：00-1111-2222 (直通)

E-mail：abcdefg@hijkl.hosp.go.jp