

<様式Ⅱ－Ⅰ>

平成 年 月 日

〇 〇 病院  
病院長 〇 〇 〇 〇 あて

認定NPO法人 救急へり病院ネットワーク  
理事長 國 松 孝 次

医師・看護師等研修決定通知

平成 年 月 日付けにて応募申請のあった標記研修の受講について、  
研修調整委員会における調整の結果、下記のとおり決定したので通知します。

今後は、研修担当病院と連絡を取り、速やかに別添の基準書式を参考に、医師・  
看護師等研修契約書を締結してください。

記

- 1 研修員氏名
- 2 研修担当病院名
- 3 研修コース名
- 4 研修実施期間

以上