年　　　月　　　日

独立行政法人　地域医療機能推進機構

九州病院

病院長　内山　明彦　様

施　設　名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者氏名　：

講師依頼

日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

下記のとおり「 　　　　　　　」講座を開催いたしますので、講師をお引き受け願いたくお願い申し上げます。

記

目的　：

講師　：　独立行政法人　地域医療機能推進機構　九州病院

　　　　　専門看護師

　　　　　認定看護師

　　　　　診療看護師

日程　：　　　　年　　　　月　　　　日　　　時 　　分～ 　時 　　分　 （ 　分）

場所　：

対象　：

講座名：

概要　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上