研　　修　　承　　諾　　書

札幌医科大学附属病院長　様

氏　　名

生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日生

　上記の者が、札幌医科大学附属病院研修理学療法士・作業療法士に選考された場合は、受講を承諾します。

平成　　年　　月　　日

所　在　地

事業所等名

代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印