

# 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