

令和 x 年 4 月 8 日

●●●●●病院

病院長 造血 太郎 殿

血液内科部 造血細胞移植コーディネーター 移植 花子 殿

造血細胞移植コーディネーター認定研修のお願い

▲▲▲▲▲病院

病院長 骨髓 次郎



拝啓 貴施設におかれましてはご清栄の段、大慶に存じます。

貴施設における造血細胞移植コーディネーター（HCTC ; Hematopoietic Cell Transplant Coordinator）の活動や業務を学ぶため、貴院 HCTC 移植 花子 様と調整させていただきましたので、下記のとおり研修をさせていただきたくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研 修 期 間 自 20xx 年 5 月 10 日（月 曜日） 時間 9 : 00～16 : 00
～ 至 20xx 年 6 月 25 日（金 曜日） 時間 9 : 00～16 : 00

2. 研 修 日 数 21 日間

3. 研 修 者 所属 : 血液内科部
氏名（フリガナ） : 末梢血 結 （マッシュウケツ ユイ）

4. 研 修 目 的 貴施設での HCTC の活動及び業務について日本造血・免疫細胞療法学会 HCTC 委員会が定める HCTC 認定研修標準カリキュラムに準拠して研修させていただくことにより、不足している知識経験得る。
自施設での円滑なコーディネートに反映させるため。

5. 研修者連絡先 住所 : ●●県××市▲▲区○○1-1
TEL: 000-000-0000
E-mail : abcde@fffff.com