令和　　年　　月　 　日

○○病院

病院長 〇〇　〇〇 殿

〇〇部署　造血細胞移植コーディネーター　〇〇　〇〇　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　　　　　　　　　印

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　　　　　　　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　　自令和　　年　　月　　日（　 曜日）　時間　　：　　～　　：

　　　　～ 至令和　　年　　月　　日（　 曜日）　時間　　：　　～　　：

1. 研修日数　　　　　　日間

３．研修者　　所属 ：

氏名（フリガナ）　：

４．研修目的

５．研修者連絡先　　住所：

　　　　　　　　TEL:

　　　　　　　　E-mail：