年　　月　　日

様式５

臨床研修協力施設承諾書

施設名

所在地

開設者

下記病院（基幹型臨床研修病院）と共同して臨床研修を行うことについて、承諾いたします。

記

病院名

所在地

開設者

 Date: / /

Form 5

Consent letter for cooperative clinical training facilities

Name of facility

 Address

 Administrator

 I hereby certify that our facility will conduct clinical training in cooperation with the following hospital that is a core clinical training hospital.

Details of a core clinical training hospital

The name of the hospital

Address

Administrator