令和　年　月　日

　愛知医科大学病院

　　病院長　天野　哲也　様

依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　印

標記について，下記とおり，血管診療技師認定機構 地区実技講習の受け入れを申請します。

　　　　　　　　　　　　　記

氏名（ふりがな）

職種

所属

電話

E-mail

FAX

研修期間　　2025年8月8日