（様式２）

令和元年　月　日

山口県健康福祉部医務保険課長　様

医療機関名

管　理　者　　　　　　　　　　　　　　　印

受講承諾書

　「患者の意向を尊重した意思決定のための指導者研修会」について、下記の者が受講することを承諾します。

記

所　属：

職　種：

氏　名：