

京都大学医学部附属病院
病 院 長 殿

承 諾 書

本機関所属の_____について、貴病院の実践的医療経営
プロフェッショナル教育プログラム（KUMAHOPE）への参加を承諾します。

年 月 日

所属長の職名及び氏名

_____ 印

推 薦 書