

病理領域連携施設 被登録承諾書

日本専門医機構 病理領域研修委員会 殿

平成 年 月 日

当病院が下記基幹施設の病理領域専門研修プログラムに協力するため、連携施設となることを承諾致します。

基幹施設名：

病理領域専門研修プログラム名：

プログラム責任者名：

連携施設名：

病院長名：

印

所在地：

電話番号：