

年 月 日

# 承諾書

病院名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

一般社団法人日本病院会「医師事務作業補助者コース」の研修内容を当院の医師事務作業補助者研修として認め、上記の者が受講することを承諾します。

年 月 日

診療情報管理士教育委員会  
委員長 武田 隆久 殿

病院名 \_\_\_\_\_

役 職 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

注) 承諾署名・押印者は、病院管理者（原則、院長または理事長）であること。