

書式 12

関連施設承諾書

西暦____年____月____日

基幹施設名 _____

基幹施設研修責任者氏名 _____

当施設は日本小動物外科レジデントプログラム施設認定基準に規定にもとづき
(基幹施設名) _____ の関連施設と
なることを承諾します。

記

関連施設名 _____

関連施設長氏名 _____ 公印

関連施設住所 〒 _____

関連施設 TEL _____

関連施設 FAX _____

関連施設 E-mail _____

関連施設の認定を受けようとする施設からの直接の申請は受け付けない。