広島県公立大学法人県立広島大学

公的病院幹部を対象とした医療経営人材養成プログラム　御中

**公的病院幹部を対象とした医療経営人材養成プログラム履修にあたっての同意書**

当施設の職員である、（申請者氏名）　　　　　　　　　　　　　　氏が、履修資格を有することを確認し、標記プログラムを受講することが当施設における将来の経営人材の育成に寄与すると考えますので、責任をもって認めます。

なお、**プログラムの受講料は**、（（どちらかを選択）　当施設が負担する ・ 申請者自身が負担する　）ことといたします。

（西暦）　　　年　　　月　　　日

所在地

病院等名

同意者　所属・職位

　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印