

【様式第2号】

年 月 日

医療機関名 御中

大阪市長 ○○ ○○

印

研修実施確定通知書

年 月 日付けで提出のありました研修実施計画書について、大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」（医療機関実施型研修）として、承認したので通知します。

記

- 研修開催日 年 月 日
- 研修場所
- 受講予定者数