推薦状

氏　　　名

生年月日

住　　　所

　上記の者は、当院相談員として実績、経験、人柄ともに勝れて優秀であり、ここに癌治療学会認定がん医療ネットワークシニアナビゲーターに推薦いたします。

　　　　　年間相談数　　　　　約　　　　症例

年　　　　　月　　　　日

施　　設　　名

所　　　　　属

住　　　　　所

推　　薦　　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印