

令和3年5月25日

ACC e-Learning 受講者各位

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
エイズ治療・研究開発センター

推薦状につきまして

この度は ACC e-Learning へお申しいただき、誠にありがとうございます。

推薦状は申込画面にてアップロードをお願い致します。

- ・ 申込について

システムの都合上、一度に複数名のお申込は出来かねます。

お一人ずつ推薦状をアップロードのうえ、申し込みいただきますようお願い致します。

- ・ 推薦者について

各施設の研修基準にあわせて、適任とされる役職者からの推薦をお願いいたします。

人事/総務、教育/研修担当、部/課長、科/医長等、各施設により異なりますので、推薦者に特に制限はございません。

- ・ お問い合わせ

ご不明な点等ございましたら下記までご連絡をお願いいたします。

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター

エイズ治療・研究開発センター医療情報室 研修企画係

[TEL:03-5273-6829](tel:03-5273-6829) FAX:03-3208-4244

MAIL: seminar@acc.ncgm.go.jp

令和 年 月 日

国立国際医療研究センター

エイズ治療・研究開発センター長殿

施設名

所属名

役職/氏名

推 薦 状

この度、下記の者より自己の能力向上を目指し、貴院における ACC e-Learning 受講を希望する旨申出がありましたので、貴院研修受講生として推薦致します。

ご指導いただきますようお願い申し上げます。

記

職 名

氏 名

推薦理由（当てはまるものに○を記載）

1. 現在 HIV 感染症/AIDS 診療等の担当者
2. 研修終了後、HV 感染症/AIDS 診療の担当者になる予定
3. その他（)

以上

記入例

令和 3 年 月 日

国立国際医療研究センター

エイズ治療・研究開発センター長殿

施設名	〇〇病院	※推薦者について
所属名	△△科	各施設の研修基準に準じて
役職/氏名	×××	ご記入をお願いします。

推 薦 状

この度、下記の者より自己の能力向上を目指し、貴院における ACC e-Learning 受講を希望する旨申出がありましたので、貴院研修受講生として推薦致します。

ご指導いただきますよう何卒宜しくお願い申し上げます。

記

職 名 医師

※被推薦者について

氏 名 ▼▼▼

ご記入ください

推薦理由（当てはまるものに○を記載）

- ① 現在 HIV 感染症/AIDS 診療等の担当者
2. 研修終了後、HV 感染症/AIDS 診療の担当者になる予定
3. その他（)