年　　月　　日

秋田県健康福祉部長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

秋田県がん診療連携拠点病院等が主催する緩和ケア研修会

修了証明書の発行について（依頼）

　標記の件につきまして、修了証明書の発行を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏　名 |  |
| 修了証明書送付先住所 | （上記と異なる場合のみ御記入ください）〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 研修会受講年度※１ |  |
| 受講先医療機関名※２ |  |
| 医籍登録番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 修了証明書が必要な理由 |  |

※１、２：把握されている場合は御記入をお願いします。