記載例

申請日を記載してください

ください

　　令和○○年○○月○○日

秋田県健康福祉部長　あて

御本人の住所及び氏名を記載してください（押印は不要です）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒○○○－○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○○○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　秋田　太郎

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 | アキタ　タロウ秋田　　太郎 |
| 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 | ○○○○○○○○○おおよその時期でも可 |
| 研修会受講年度※1 | 平成○○年～○○年頃 |
| 受講先医療機関名※2 | ○○○○○○ |
| 医籍登録番号 | ○○○○○○ |
| 生年月日 | 平成○○年○○月○○日 |
| 修了証明書が必要な理由 | 修了証書を紛失したため |

※１、２：把握されている場合は御記入をお願いします。