記載例

申請日を記載してください

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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　〒〇〇〇－〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

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） 〒〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号	〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
研修会受講年度 ※1	平成〇〇年～〇〇年頃
受講先医療機関名 ※2	〇〇〇〇〇〇
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
修了証明書が 必要な理由	修了証書を紛失したため

おおよその時期でも可

※１、２：把握されている場合は御記入をお願いします。