

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)<br>氏名    |                     |
| 修了証明書<br>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         |                     |
| 医籍登録番号          |                     |
| 生年月日            |                     |
| 修了証明書が<br>必要な理由 |                     |