申請日をご記入

ください。

記載例

令和○○年○○月○○日

秋田県健康福祉部長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒○○○－○○○

ご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）。

○○○○○○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | ○○○○○○○○○○○ |
| 医籍登録番号 | ○○○○○○ |
| 生年月日 | 昭和○○年○月○日 |
| 修了証明書が必要な理由 | 修了証書を紛失してしまったため |