

記載例

申請日をご記入
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

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）。

住所 〒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）
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
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