

沖縄県緩和ケア研修会「修了証明書」交付申請書

(記載例)

沖縄県知事 殿

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知）」に基づき開催された「緩和ケア研修会」を修了し修了証書の交付を受けましたが、紛失したため、修了証明書の交付を申請致します。

所 属	〇〇病院
ふりがな 氏 名	ちょうじゅ たろう 長寿 太郎
職 名	医師
医籍登録番号 (医師のみ)	1 1 1 1 1 1 1
TEL	098-866-2209
FAX	098-866-2289
E-mail	
修了証明書の 送付先住所	〒 ※所属病院の事務担当者さま（又は医局秘書さま）を送付先 としてください。 (受領確認の都合上、修了者のご自宅を送付先としないよう お願いします)

受講修了した研修会開催年月日

平成〇年〇月〇日 第〇回沖縄県緩和ケア研修会（主催：〇〇病院）

※「開催年月日」や「第〇回」はご記憶の範囲でご記載いただければ結構です。