

(様式第 7 号の 1)

茨城県緩和ケア研修会修了証書再交付申請書

(西暦 2 0 1 8 年 7 月以降開催研修会用)

西暦 年 月 日

茨城県保健福祉部疾病対策課長 殿

申請者氏名

(研修会修了時氏名)

申請者住所 〒

集合研修受講日

西暦 年 月 日

次の理由により、茨城県緩和ケア研修会修了証書の再交付を申請します。

(該当理由番号を 印で囲んでください)

- 1 紛失
- 2 破損

証明書 送付先住所	申請者住所あて 勤務先等住所あて (郵便番号及び住所を記入してください) 〒 -
電話番号	

添付書類 本人確認書類 (運転免許証等) の写し

破損の場合には、現存する茨城県緩和ケア研修会修了証書
修了証書(再交付)は茨城県緩和ケア研修会を主催した施設を通して発行されます。