

(様式第7号の1)

茨城県緩和ケア研修会修了証明書交付申請書

(西暦2018年7月以降開催研修会用)

西暦 年 月 日

茨城県保健医療部疾病対策課長 殿

申請者氏名

申請者住所 〒

次の理由により、茨城県緩和ケア研修会修了証明書の交付を申請します。

1 紛失                      2 破損                      (該当理由番号を○印で囲んでください)

証明書 送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所あて  <input type="checkbox"/> 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	

修了確認のため、受講者及び受講研修会に係る情報を以下にご記入ください。  
(不明の場合は未記入でも差し支えませんが、申請者の受講確認ができない場合、  
修了証明書の発行は応じかねますので、その旨ご承知おき願います)

研修修了時氏名	
研修受講時所属 (医療機関名)	
職種	
医籍登録番号 (職種が医師の場合)	
集合研修受講日 (不明であれば受講年)	
集合研修受講会場 (医療機関名)	

※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

※修了証明書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。