

(様式第7号の2)

茨城県緩和ケア研修会修了証明書交付申請書

(西暦2018年6月以前開催研修会用)

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)	A日程： B日程：

※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