

(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

茨城県知事 殿

申請者氏名

(研修会修了時氏名 )

申請者住所 〒

研修会受講日

A日程：西暦 年 月 日

B日程：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明書の交付を申請します。

(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	<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	

※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