緩和ケア研修会修了証明書発行依頼書

「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号厚生労働用健康局長通知の別添）」（平成20年度～平成29年度開催のすべての緩和ケア研修会）

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成29年12月1日付け健発1201第２号厚生労働省健康局長通知の別添）」（平成30年度以降開催のすべての緩和ケア研修会）

に準拠した「緩和ケア研修会」について、修了証明書の発行を依頼します。

【申請理由】

　氏名変更のため

　紛失したため

　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

高知県健康政策部健康対策課長　様

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （旧姓：　　　　　　） | | 修了証書  番号 |  |
| 現在の所属  医療機関名 |  | | | |
| 受講時の所属  医療機関名 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 修了証明書  送付先 | 住所 | 〒 | | |
| 宛名 |  | | |