（様式２）

令和　　年　　月　　日

広島県健康福祉局

健康づくり推進課がん対策担当監　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」修了証明書交付申請書

このことについて，修了証明書の交付を依頼します。

１　研修修了時の氏名（依頼者記入欄と同じ場合は不要）

２　現在の所属施設名

３　研修修了時の所属施設名（「２現在の所属施設」と同じ場合は不要）

４　医籍登録番号

５　依頼する理由　※１又は２に○，２を選択した場合は，詳細な理由を記載すること。

　　１　紛失したため　　　２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６　証明書送付先（依頼者記入欄と同じ場合は不要）

７　添付書類

1. 医師免許証の写し
2. 指定金融機関で納入後の，領収印が押印された「払込証明書（納付書の一番右）」の原本を裏面へ貼付してください。

「払込証明書」貼付欄