令和　　　年　　　月　　日

**受講証明書発行申請書**

公益社団法人 神奈川県医師会

在宅医療トレーニングセンター

申請者

施設・事業所名

氏名

電話番号

下記研修受講証明書の交付申請を致します。

1　研修名

2　研修会期日　　　　　　年　　月　　日

3　受講者氏名

4　申請理由

※受講証明書は、研修日前日までに必着でお願い致します。

　発行までに1.5か月～2か月程度のお時間を頂いております。

返信用封筒に返送先宛先・氏名を記入し、返信用切手を貼り同封下さい。

　メール添付（PDF）をご希望の方は、メール添付にて申請書を送付ください。