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。

　受講後のアンケートには、必ず記名の上ご回答ください。

　確認出来ない場合、受講証明書発行を致しかねます。

　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。

　証明書は、メール添付（PDF）にて発行致します。