証　明　書　等　交　付　申　請　書

令和　　　年　　　月　　　日

　　医療指導課長　殿

申請者（住所）

（氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※記名押印または署名

　下記のとおり修了証明書を交付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明の対象となる者 | （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名） | |
| 証  明  等  の  内  容 | 講習会名 |  |
| 受講年度 |  |
| 受講当時の所属 |  |
| □　手数料の減免を希望する | |
| 種類及び数量 | 修了証明書　　　　　　　　通 | |
| 使　　途  (提出先) |  | |

１　住所、氏名をご記入の上、太枠内を記入してください。

２　手数料の減免を希望する場合は、□にレを記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 減  免 | （受付所属確認欄）  規則第６条第１項第　　　　号  に該当  要綱別表２第　　　　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　により確認 |
| 非該当 |
| 手数料 | 証明書等１通の内容　　　　　　　件（枚）  件数（枚数）　　　　　　　　　　件（枚）  単　価　　　　　　円・計　　　　　　円 |

備考　印鑑を持参してない場合は、氏名を必ず自署させること。