

## 修了証明書

氏名	
所属 (研修会受講時)	
研修会受講日	

上記の者について、「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)に基づく、緩和ケア研修会に参加し、全課程を修了したことを証明します。

西暦 年 月 日

(主催者名) 印