

第 号

修了証書

(参加者の氏名)

あなたは、(集合研修の名称) を修了したことを証します。

西暦 年 月 日

(主催者名) 印

---

(集合研修の名称) 主催者殿

本研修は「がん等の診療に携わる医師等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の別添)に準拠したものであり、緩和ケア研修会を修了したものであると認めます。

西暦 年 月 日

厚生労働省健康・生活衛生局長 (健康・生活衛生局長名) 印