

《修了証書を紛失された場合》

## 修了証明書発行理由記入書

発行理由	
●次の事項についてご記入ください。 受講回数が不明の場合は、受講時期がいつ頃かご記入ください。	
受講回数	<input type="checkbox"/> 第（ ）回臨床研修指導医養成講習会 <input type="checkbox"/> 不明
受講時期	<input type="checkbox"/> 受講（修了）日 平成（ ）年（ ）月（ ）日 <input type="checkbox"/> 不明 平成（ ）年（ ）月頃
受講時の所属施設名	

平成 年 月 日

(申請者) 氏 名 :

勤務先 :

住 所 :

T E L :

-----  
※本票の申請先のご案内 ※E-mail 又は FAX にて受付けております。

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 担当：竹内・鈴木

(URL : <http://www.kokushinkyo.or.jp/>)

E-mail [office@kokushinkyo.or.jp](mailto:office@kokushinkyo.or.jp) FAX 03-6809-2499