様式２

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　（健康局長名）　　印