

公益社団法人日本精神科病院協会主催
精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修
修了証 再発行依頼書

標記研修の修了証の再発行をお願いいたします。

氏 名 _____

勤 務 先 _____

1紛失 2その他(理由: _____)
※該当するものに○をつけてください

| | |
|----------|----------------|
| 受講日(※1) | |
| 受講時の勤務先 | |
| 修了証の送付先 | 〒 - |
| 電話番号(※2) | |
| 連絡事項 | |

※1 受講日が不明の場合、受講したと思われる年、都道府県名を記入して下さい。(例:2019年 東京)

※2 記載内容に不明点があるとき、受講記録が確認できなかった際にご連絡することがあります。

送付先：〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14 公益社団法人日本精神科病院協会
※A4用紙が3ツ折りで入る返信用封筒に84円切手をお貼りいただき、ご自身の送付先住所・宛名をご記入の上、同封してください。