令和＿年＿月＿日

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会　御中

施設名

所属・氏名

緩和ケアチームバッジ再交付に係る理由書

この度、下記の理由により、緩和ケアチームバッジを（破損・紛失）したことをご報告申し上げます。つきましては、緩和ケアチームバッジの再交付をお願い申し上げます。

記

1. 再交付申請理由

（例）着用中、落として破損した。

1. 緩和ケアチームバッジ着用日数

（例）2か月

1. 該当医療従事者氏名

（例）緩和　一郎

1. 該当医療従事者職種

（例）ＭＳＷ

1. 住所

（例）〒550-0001　　大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル603B号室

1. 電話番号

（例）06-6479-1031

以上