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 （着用後1ヶ月以上の場合は送付方法も選択ください）

（例）2か月

　　　□着払い 　・ 　 □返信用封筒

 ※緩和ケアチームバッジを同時に追加申請いただいている場合は選択不要です

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. 送付先施設住所・施設名・部署・氏名等

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

　　　緩和病院　緩和ケア科　緩和 一郎

1. 送付先施設電話番号

（例）06-6479-1031

以上