**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**緩和医療専門医・研修指導者資格を有する認定医の在籍証明書**

　　年　　月　　日

日本緩和医療学会理事長　殿

診療施設名

施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　　公印

□専門医　・　□研修指導者資格を有する緩和医療認定医　（認定手続中含む）

[□の中に✓を入れて下さい]

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　は

当施設に在籍し、緩和医療の実践および指導に

従事していることを証明します。

申請区分　　　□新規　　　□更新　　□変更　　（必ず選択してください）