# 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会

**＜施設認定 申請書＞**

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

当施設は特定非営利活動法人 日本緩和医療学会専門医制度における施設認定の取得を希望し、ここに所定の書類を添えて申請します。

施設認定 種別 ： □基幹施設 □連携施設

[□に✓を入れて下さい]

施設責任者 資格 ： □指導医 □専門医 □認定医　　　（認定手続中含む）

[□に✓を入れて下さい]

施設責任者 氏名 ：

# 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会

**＜在籍証明書＞**

上記 施設責任者　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。