別紙１

東海ストーマリハビリテーション講習会修了証明書の発行を申し込みます。

年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 勤務先（施設名・所属） |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| ご返送先（勤務・自宅） | 〒 |
| 受講講習会 | 第 　　　　回または 　　　　年 修了 |
| 連絡先 | 電話番号またはメールアドレス等**＊日中連絡が取れるものを選択して記述してください** |
| 備考欄（事務局使用） |  |