**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**《　認定医申請書：臨床経験期間証明書 》**

　　年　　月　　日

申請者　　　　　　　　　　　　　　　は、

西暦　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで

当施設に在籍し、緩和医療に従事していたことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　公印