別紙２（第５条第２項関係）

第　　　号

修　了　証　書

住所

氏名

　あなたは、福島県立医科大学会津医療センター附属病院が開催した

「緩和ケア病棟ボランティア養成講座」の課程を修了したことを証し

ます

　　年　　月　　日

福島県立医科大学会津医療センター附属病院長