**再　発　行　願**

令和　　年　　月　　日

　　公益社団法人宮崎県看護協会

　　会長　中武　郁子　殿

下記について再発行願いたく、再発行料を添えて申し込みます。

記

　　　１．種類

　　　２．受講年度

　　　３．氏名

　　　４．生年月日

　　　５．所属施設名

　　　　　施設住所　〒

　　　　TEL

　　　６．自宅住所　〒

　　　　　　　　　　　　TEL

【事務局記載欄】

＊協会受付月日：　　　年　　　月　　　日

修了証番号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会　長 | 常務理事 | | 事務局長 | ナース  センター長 | 庶務係長 | 会計担当 |
|  |  |  |  |  |  |  |