第10号様式（第４条関係）

**様式10**

**受講修了証**

**殿**

**あなたは，県・阿久根市・医師会ＣＫＤ予防ネットワーク腎臓診療医専門セミナーの受講を修了されたことを証します。**

**年　　月　　日**

**阿久根市長　　　　　　印**