

# 臨床研修修了証明書

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 属： \_\_\_\_\_

身 分： \_\_\_\_\_

職名・診療科： \_\_\_\_\_

研修期間： 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～

平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当院は大学の附属施設である病院、または厚生労働省の定める臨床研修指定病院であり、上記の者は当院にて、上記の期間、臨床研修を修了したこと、あるいは修了見込みであることを証明する。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病 院 名

住 所

院 長 名

公印