

研修医証明書

ふりがな
氏名：

卒業大学：

卒業年度：

研修施設名：

上記の者が当施設に籍を置き、

《研修医(卒後2年目まで)》であることを証明する

年 月 日

研修指導責任者

氏名：
_____ (印)

役職：

事務局使用欄

No.	受付日	カテゴリー	備考