

# 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5年まで）》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