

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

2008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