臨 床 研 修 証 明 書

氏　 　　名

生 年 月 日　　　　昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日

研 修 期 間　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　から

　　　　　　　　　 　　　　　　年　　　　月　　　　日　まで

　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予定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