

臨床研修修了見込証明書

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 ____年 ____月 ____日

身 分 _____

研修期間 平成 ____年 ____月 ____日 開始

平成 ____年 ____月 ____日 修了予定

当院は大学の医学部若しくは大学附属の研究所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、臨床研修を修了予定であることを証明する。

平成 ____年 ____月 ____日

住 所

病院名

院長名

印