

臨床研修修了（見込）証明書

氏 名 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日

身 分 _____

研修期間 _____年 _____月 _____日 開始

_____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、臨床研修を修了したこと、あるいは修了予定であることを証明する。

年 月 日

住 所
病院名
院長名

印