

初期臨床研修修了（見込み）証明書

氏 名 _____

生 年 月 日 _____年_____月_____日

所 属 _____

身 分 _____

研 修 期 間 _____年_____月_____日 ~

_____年_____月_____日

当院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

病 院 名

住 所

病 院 長 名

公印