

# 臨床研修証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

所 属 \_\_\_\_\_

身 分 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

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、あるいは修了見込みであることを証明する。

年 月 日

病 院 名

住 所

病 院 長 名

公印