

派遣証明書

氏 名：_____

生年月日：_____年 ____月 ____日生

上記の者を、当内科の内科臨床研修カリキュラムに従い、当科研修施設である次記病院に派遣し、併記の期間、内科臨床研修させたことを証明いたします。

1 . _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
病院名 _____

2 . _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
病院名 _____

3 . _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
病院名 _____

4 . _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
病院名 _____

上記の通り相違ありません。

_____年 ____月 ____日

大学病院名：_____

教授氏名：_____ 印