

派遣証明書

氏 名：_____

生年月日：_____年 ____月 ____日生

上記の者を、当教育病院の内科臨床研修カリキュラムに従い、当院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

教育病院名：_____

教育責任者氏名：_____

印