

研修証明書

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者が、当 **基幹・連携施設**の後期研修プログラムに則って
次記病院に赴任し、併記の期間、内科臨床研修したことを証明
いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 _____

上記の通り相違ありません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

派遣先病院名： _____

病院長氏名： _____ 印

基幹・連携施設名： _____

発行責任者 氏名： _____ 印

※発行責任者とは、基幹施設・連携施設におけるプログラム統括責任者（正・副）または研修委員会委員長を指す