臨床研修修了（見込）証明書

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

病院名

所在地

代表者　　　　 印

記

当院は、厚生労働省の定める基幹型臨床研修病院であり、以下の者は下記の通り臨床研修を修了見込みであることを証明する。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　年　　月　　日 |
| 研修プログラム番号 |  |
| 研修プログラム名 |  |
| 研修期間 | （西暦）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |

以上