



## 研修医証明書

氏名 \_\_\_\_\_

所属施設名 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

上記の者は当方にて卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

年      月      日

所属施設名 \_\_\_\_\_

所属長あるいは部署責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印