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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞