

臨床研修修了見込証明書

ふりがな 研修医の氏名		
生年月日	昭和 年 月 日 平成	
医籍登録番号及び登録年月日	第 号 平成 年 月 日	
修了見込みの臨床研修に係る 研修プログラムの番号及び名称	プログラム番号	研修プログラムの名称
	⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮	
研修開始年月日及び研修修了 見込年月日	平成 年 月 日開始 平成 年 月 日修了見込み	
臨床研修を行っている臨床研 修病院の病院施設番号及び名 称	病院施設番号	単独型又は管理型臨床研修病院の 名称
	⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮	
	協力型臨床研修病院の名称	
臨床研修協力施設で研修を行 った又は行う予定の場合には その名称		
研修を管理する者の氏名		

上の者は、〇〇プログラムの課程を修了する見込みであることを証明する。

平成 年 月 日

〇〇病院長 ○ ○ ○ ○ 印