

初期研修医 証明書

氏名： \_\_\_\_\_

卒業大学： \_\_\_\_\_

卒業年度： \_\_\_\_\_

研修施設名： \_\_\_\_\_

上記の者が、当施設に籍を置く

〈初期研修医〉であることを証明する。

年 月 日

研修指導責任者

氏名： \_\_\_\_\_ 印

役職： \_\_\_\_\_