

前期研修医 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

〈前期研修医〉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： _____